

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: INFLUÊNCIA DO TABAGISMO,
STRESS E DEPRESSÃO NA QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE**

Joana Filipa de Castro Pais

Outubro, 2016

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pela Professora Doutora **Marina Prista Guerra**
(FPCEUP)

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade intelectual.

Agradecimentos

À Professora Doutora Marina Prista Guerra, orientadora desta dissertação, pelo acompanhamento, disponibilidade, incentivo e apoio demonstrados ao longo deste percurso, por ser um exemplo e uma referência como pessoa e profissional.

À APDI pela colaboração na divulgação do estudo. Em especial à Dona Amélia, pela integração, pelo apoio, pelos momentos divertidos: por me fazerem crescer! A todos os utentes, por me fazerem crescer um bocadinho mais todos os dias, por serem o meu principal motor de aprendizagem e motivação para realizar a presente investigação.

Ao Dr. Jorge Ascensão, pelo contributo, pela orientação e profissionalismo de excelência. Pelos conselhos, pela aprendizagem disponibilizada e boa disposição partilhada ao longo deste ano.

Às minhas pessoas, em especial à Inês, à Rita, à Filipa, à Catarina e à Ana, por serem um apoio constante, um alicerce sem o qual não me aguento. São uma fonte de inspiração todos os dias e completam-me tão bem! Ao Álvaro, Ricardo, Rui e Rúben, por me encherem o coração e estarem sempre disponíveis com um ombro amigo. Vocês são tudo para mim!

Aos meus amigos Rita C., Hugo, Sofia e Ricardo, por serem maravilhosamente incríveis comigo, por serem tão divertidos quanto eu, por me aturarem há 5 anos e nunca desistirem de construir esta amizade. Por todos os momentos memoráveis. Levo-vos para a vida!

À Lídia e ao João, por serem uma surpresa tão boa na minha vida. Por me fazerem acreditar na amizade para a vida. Por serem tão genuínos e boas pessoas. Gosto imenso de vocês.

À minha família, à Nicole, à minha tia Clarinda, tio Nel e ao brilho dos meus olhos: Gabriel. Por todos os cafés e conversas que enchem o coração; pelos conselhos, motivação e orgulho que sentia de sua parte; por serem incríveis comigo e me fazerem a prima, sobrinha e madrinha mais sortuda do mundo.

Ao meu irmão, por ser o meu ídolo, e à minha mãe, por ser o meu alicerce primordial, a minha guerreira. Por serem a minha família, um exemplo a seguir, uma parte de mim. Sem vocês não vivo. São tudo para mim!

Ao Rúben, a melhor pessoa deste universo, o meu mundo, aquele homem que me faz ser feliz todos os dias da minha vida. Obrigada pelo apoio incondicional, por me amares e lutares comigo sempre e sem olhar para trás.

Resumo

A Doença Inflamatória Intestinal designa uma condição inflamatória crónica do trato gastrointestinal que impactua na vida do indivíduo ao nível físico e psicológico. Através de uma revisão da literatura e de um estudo empírico, a presente dissertação objetiva a avaliação da influência que fatores ambientais, como o tabagismo, e psicológicos, como o *stress* e a depressão, detêm na qualidade de vida em pessoas com a patologia estudada.

A amostra recolhida, através da colaboração da Associação Portuguesa de Doença Inflamatória Intestinal, abarca 201 participantes, sendo que 35,8 % tem Colite Ulcerosa e 64,2% tem Doença de Crohn. Realizou-se um estudo empírico quantitativo onde os participantes responderam, na plataforma online *LimeSurvey*[®], a um questionário sociodemográfico, clínico e sobre o hábito tabágico, elaborados especificamente para este estudo, bem como a cinco instrumentos validados cientificamente: o *Hospital Anxiety and Depression Scale*; o Questionário do Estado de Saúde (SF-36); a Escala de Perceção do *Stress*; o *Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire* e o Teste de *Fagerström* sobre a sua dependência tabágica. Após a recolha, os dados foram introduzidos e analisados com recurso ao programa estatístico *IBM[®] SPSS[®] Statistics 21*.

Não foram observadas diferenças significativas entre a Doença de Crohn e Colite Ulcerosa na maioria das variáveis estudadas. O estudo permitiu encontrar relações entre as variáveis analisadas para ambas as componentes da qualidade de vida, tanto na amostra geral, como nas subpatologias Doença de Crohn e Colite Ulcerosa. Nos modelos de regressão hierárquica para a qualidade vida mental e física, na amostra geral, o género aparece como um preditor significativo para ambas as componentes da qualidade de vida, quando isolado das demais variáveis. Aquando da introdução das restantes variáveis, e em relação aos modelos finais, o *stress* percebido, seguido da perceção de controlo sobre a doença foram as variáveis que apresentaram maior contributo nas componentes mental e física, tanto na amostra geral, como nas subpatologias Doença de Crohn e Colite Ulcerosa.

Em conclusão, o hábito tabágico, o *stress* percebido, a depressão e as variáveis clínicas inerentes à condição de doença influenciam a qualidade de vida da pessoa com Doença Inflamatória Intestinal e, por isso, devem ser consideradas no processo de adaptação à doença, na prática de intervenção psicológica com as pessoas que a detêm.

Palavras-Chave: Doença Inflamatória Intestinal, Qualidade de Vida, Tabagismo, *Stress*, Depressão.

Abstract

Inflammatory bowel disease is a chronic inflammatory condition of the gastrointestinal tract that impacts on the individual's physical and psychological balances. Based in a revision of the literature and in an empiric study, the present thesis aims at measuring the influence of environmental factors, such as smoking, and psychological aspects, like stress and depression, on the quality of life of people with this pathology.

Our sample was obtained with the collaboration of the Portuguese Inflammatory Bowel Disease Association and comprises 201 patients, 35,8% of whom had Ulcerative Colitis and 64,2% had Crohn's disease. An empiric quantitative study was made, consisting of a statistical analysis of a questionnaire answered on the online platform LimeSurvey®. The survey included not only sociodemographic, clinical and smoking related questions designed specifically for the study, but also five scientifically validated instruments: the Hospital Anxiety and Depression Scale; the Short Form Health Survey (SF-36); the Perceived Stress Scale; the Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire and the Fagerström Test for nicotine dependence. The statistical data were analyzed using the IBM® SPSS® Statistics 21 software.

There were no significant differences between Ulcerative Colitis and Crohn's disease in the majority of the evaluated variables. Associations between the analyzed variables and both quality of life domains were found, not only in the general sample, but also in Ulcerative Colitis and Crohn's disease sub pathologies. In the hierarchical regression models, considering the whole sample and when isolated, gender appears as a significant predictor for the two quality of life components, mental and physical life qualities. When other variables are introduced, and concerning the final models, the perceived stress was the most contributing factor for the mental and physical components, followed by the perception of control of the disease, in both the whole sample and in Ulcerative Colitis and Crohn's disease sub pathologies.

In conclusion, smoking, depression, the perceived stress and clinical variables regarding inflammatory bowel disease clinical course have an impact on the patient's quality of life. Therefore, these aspects should be taken into consideration in the process of psychological intervention during the patient's adaptation to the disease.

Key words: Inflammatory Bowel Disease, Quality of Life, Smoking, Stress, Depression.

Résumé

La Maladie Inflammatoire Intestinale désigne une condition inflammatoire chronique de la région gastro-intestinale qui a un grand impact à la vie de l'individu soit au niveau physique, soit au niveau psychologique. Après avoir fait une révision de la littérature et une étude empirique, cette dissertation a comme objectif l'évaluation de l'influence des facteurs de l'ambiance comme, le tabagisme, et des facteurs psychologiques comme, le stress et la dépression, ont à la qualité de vie des gens qui éprouvent la pathologie étudiée.

L'échantillon recueilli, à travers de L'Association Portugaise de La Maladie Inflammatoire Intestinale, embrasse 201 participants, desquels 35,8% a Colite ulcéreuse et 64,2% a la Maladie de Crohn. On a réalisé une étude empirique quantitative auquel les participants ont répondu, sur la plate-forme online *Lime Survey*[®], à des questionnaires: sociodémographique, clinique et quant à l'habitude tabagique, élaborés spécifiquement pour cet étude. Ils ont été, aussi, évalués par des cinq instruments validés scientifiquement: le Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier, le Questionnaire de L'État de la Santé (SF-36); L'Échelle de Perception du Stress, le Glover-Nilsson Questionnaire Fumer Comportement et le Test de Fagerström de leur dépendance à la nicotine. Recueillies les données, elles ont été introduites et analysées à l'aide du programme statistique *IBM*[®] *SPSS*[®] *Statistics* 21.

On n'a pas observé des différences significatives entre la Maladie de Crohn et la Colite Ulcéreuse à la majorité des variables étudiées. L'étude a permis la découverte de relations entre les variables analysées pour les deux composants de qualité de vie, soit à l'échantillon générale, soit aux subpathologies comme la Maladie de Crohn et la Colite Ulcéreuse. Aux modèles de régression hiérarchique pour la qualité de vie mentale et physique à l'échantillon générale, le genre survient comme un prédicteur significatif pour les deux composants de qualité de vie, quand il est séparé des autres variantes. Quand on l'introduit et en rapport avec les modèles finals, le stress perçu suivi de la perception de contrôle sur la maladie ont été les variants qui ont présenté la plus grande contribution aux composants mentale et physique, soit à l'échantillon générale, soit aux subpathologies déjà référées.

En conclusion, l'habitude tabagique, le stress perçu, la dépression et les variantes cliniques inhérentes à la condition de la maladie influencent la qualité de vie de la personne qui souffre de la Maladie Inflammatoire Intestinale et par cela, doivent être considérées dans

le procédé d'adaptation à la maladie et à la pratique d'intervention psychologique près des gens qui l'ont.

Mots-clés: Maladie Inflammatoire Intestinale, Qualité de Vie, Tabagisme, Stress, Dépression.

Índice

1. Introdução	1
1.1. Doença Inflamatória Intestinal.....	2
1.2. Tabagismo.....	5
1.3. <i>Stress</i> Percebido	7
1.4. Depressão.....	9
1.5. Qualidade de Vida	10
2. Estudo Empírico	12
2.1. Objetivos de Investigação	12
2.2. Metodologia	13
2.2.1. Participantes	13
2.2.2. Material	14
2.2.3. Procedimento.....	17
3. Resultados.....	18
3.1. Caracterização das variáveis em estudo para a amostra total e nas subpatologias DC e CU.....	18
3.2. Associações entre as variáveis sociodemográficas/clínicas e as variáveis estudadas	19
3.3. Associação das variáveis relacionadas com o hábito tabágico com as variáveis estudadas	20
3.4. Análise de sintomatologia intestinal e extraintestinal por patologia DC e CU.....	22
3.5. Modelo preditor do variável resultado – Qualidade de vida.....	23
3.5.1. Predição da qualidade de vida na amostra geral	23
3.5.2. Predição da qualidade de vida na amostra com DC	25
3.5.3. Predição da qualidade de vida na amostra com CU	26
4. Discussão de Resultados.....	28
5. Conclusão	36
6. Referências Bibliográficas.....	38

Índice de Quadros

Quadro 1 - <i>Frequências relativas à amostra em estudo</i>	13
Quadro 2 - <i>Resultados comparativos entre a amostra CU e DC na qualidade de vida, depressão, stress percebido e variáveis clínicas</i>	18
Quadro 3 - <i>Correlações entre a qualidade de vida e variáveis estudadas</i>	19
Quadro 4 - <i>Correlações entre as variáveis relacionadas com o hábito tabágico e a qualidade de vida</i>	21
Quadro 5 - <i>Resultados comparativos dos sintomas intestinais e extraintestinais nas amostras com DC e CU</i>	22
Quadro 6 - <i>Análise de regressão múltipla hierárquica para a componente física da qualidade de vida na amostra geral</i>	24
Quadro 7 - <i>Análise de regressão múltipla hierárquica para a componente mental da qualidade de vida na amostra geral</i>	24
Quadro 8 - <i>Análise de regressão múltipla para a componente física da qualidade de vida na amostra com DC</i>	25
Quadro 9 - <i>Análise de regressão múltipla para a componente mental da qualidade de vida na amostra com DC</i>	26
Quadro 10 - <i>Análise de regressão múltipla para a componente física da qualidade de vida na amostra com CU</i>	27
Quadro 11 - <i>Análise de regressão múltipla para a componente mental da qualidade de vida na amostra com CU</i>	27

Índice de Anexos

Anexo 1 - <i>Parecer da Comissão de Ética</i>	48
Anexo 2 - <i>Consentimento Informado</i>	49

1. Introdução

O presente estudo foi realizado no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, na área de especialização de Psicologia Clínica e da Saúde e apresenta como tema a qualidade de vida das pessoas com Doença Inflamatória Intestinal, em função da influência de variáveis clínicas, psicológica e ambientais.

As implicações que a doença crónica tem no indivíduo afetam a sua integridade física e psicológica e condicionam a sua participação no meio envolvente. Subjacente a esta condição de doença está uma variedade de reações psicológicas normais ao processo de adoecer, à crença de se ter uma doença e ao contacto com os sistemas de saúde e procedimentos terapêuticos (Pais-Ribeiro, 2007). Estes aspetos são pertinentes no âmbito da intervenção/apoio psicológico, dado que contribuem para a reabilitação do indivíduo e para um melhor ajustamento à nova condição experienciada, justificando, assim, a pertinência da presente investigação. O carácter crónico, a evolução imprevisível e as implicações de cariz biológico inerentes à Doença Inflamatória Intestinal, assim como o impacto que fatores como o tabagismo, o *stress* percebido e a depressão detêm na sua expressão, tornam relevante a compreensão dos mecanismos de ação destes componentes ao nível do domínio psicológico, percebendo de que forma condicionam o processo de gestão da doença e afetam a qualidade de vida do indivíduo. Atendendo ao bem-estar psíquico, a qualidade de vida surge como uma dimensão fulcral na avaliação que o sujeito faz da sua condição de saúde e assume um papel importante na integração da doença na sua realidade e identidade.

Com base nos factos acima mencionados, a presente dissertação procura analisar a relação que os fatores como o hábito tabágico, o *stress* percebido e a depressão, apresentam com a qualidade de vida do indivíduo com a doença. O trabalho divide-se em dois capítulos principais, a fundamentação da literatura e o estudo empírico. Deste modo, num primeiro momento, introduzimos a temática com uma revisão da literatura acerca da Doença Inflamatória Intestinal, bem como da influência das variáveis em estudo, isto é: o hábito tabágico, a perceção do *stress* e depressão. De seguida, apresentam-se os objetivos de investigação, o desenho do estudo, a sua metodologia, o material e a caracterização da amostra recolhida; sendo posteriormente apresentados os resultados, a sua análise e discussão. Concluimos com uma reflexão acerca das vantagens e limitações do estudo realizado, assim como algumas sugestões para futuros trabalhos de investigação nesta área.

1.1. Doença Inflamatória Intestinal

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) descreve uma condição patológica do intestino, mediada por processos autoimunes e caracterizada por um percurso imprevisível de remissão e exacerbação de sintomas, envolvendo uma etiologia de índole desconhecida e controversa entre os demais autores (Longo; Kasper; Jameson; Fauci; Hauser & Loscalzo, 2012; Mawdsley & Rampton, 2006). Abarca principalmente duas patologias: a Doença de Crohn (DC) e a Colite Ulcerosa (CU), sendo que uma terceira pode emergir caso as duas anteriores sejam excluídas de um possível diagnóstico: a colite indeterminada, patologia considerada provisoriamente até que se reúna informação clínica que permita um diagnóstico de DC ou CU (Magro *et al.*, 2008).

Ambas as doenças se assemelham aos níveis anatômico, histológico e clínico, envolvendo um processo inflamatório da mucosa intestinal, de evolução crônica e com períodos oscilatórios quanto à gravidade sintomática (Hanauer, 2006). O tratamento visa a remediação da patologia, através da redução da inflamação, do controle dos períodos de crise e do prolongamento dos períodos de remissão (Sajadinejad, Asgari, Molavi, Kalantari & Adibi, 2012). As manifestações extraintestinais frequentemente implicadas em ambas incluem complicações aos níveis: reumático (ex.: artrite periférica); ósseo (nomeadamente ao nível do metabolismo), implicando osteoporose ou osteonecrose; dermatológico; oral (ulceração aftosa) ou a nível ocular (ex.: conjuntivite) (Friedman & Blumberg, 2008). Desenvolvida em indivíduos predispostos geneticamente e expostos a uma variedade de fatores ambientais, urge a necessidade de um diagnóstico mais específico e fidedigno, bem como uma análise diferencial no que trata ao presente grupo nosológico. A distinção opera tendo em consideração três critérios: a localização da inflamação, a extensão da inflamação e a distribuição da inflamação (Friedman & Blumberg, 2008).

A Doença de Crohn compromete qualquer localização do trato gastrointestinal (desde a boca até ao ânus), atingindo mais frequentemente o intestino delgado no seu segmento terminal, denominado íleo, e algumas partes do intestino grosso, com exceção da zona do reto (Friedman & Blumberg, 2008). De acordo com os mesmos autores, a extensão da inflamação pode abranger todas as camadas da parede do trato digestivo (a mucosa, submucosa, camada muscular e serosa), apresentando uma distribuição descontínua (segmentar), com “áreas poupadas” ou saudáveis. Na sintomatologia presente neste quadro nosológico, para além da frequente presença das manifestações extraintestinais, pode ocorrer simultaneamente obstrução intestinal, dor abdominal, diarreia (normalmente, sem emissão

de sangue ou pus), perda de peso, vômitos e náuseas (Friedman & Blumberg, 2008). Podem existir fistulas, abscessos peri-retais, fissuras e ulcerações, deficiência de vitamina *B12*, bem como um risco aumentado de cancro ao nível do cólon (zona do íleo terminal), e, assim, um risco exacerbado de intervenção cirúrgica (Akšamija, Rašić, Sarajlić, Mulabdić & Akšamija, 2016; Branco, 2008; Orchard, Goldin, Tekkis & Williams, 2011; Wehkamp, Gotz, Herrlinger, Steurer & Stange, 2016). A gravidade da presente patologia relaciona-se com a localização da lesão e com a evolução do processo inflamatório (Friedman & Blumberg, 2008).

A Colite Ulcerosa compromete o cólon e o reto. Apresenta uma extensão da inflamação superficial, abrangendo, principalmente, a camada mucosa e submucosa, e distribuindo-se de forma contínua nas áreas afetadas (Friedman & Blumberg, 2008). Sintomatologicamente implica diarreia, retorragia, dor abdominal associada a cólica, tenesmo, fezes com muco e/ou sangue, sendo as manifestações extraintestinais apenas ocasionais (Akšamija *et al.*, 2016; Branco, 2008; Wehkamp *et al.*, 2016). A gravidade da CU relaciona-se como a extensão da doença, sendo que a sintomatologia depende da localização da lesão, e a inflamação do cólon na íntegra, apresenta-se como um fator de risco no futuro, principalmente no desenvolvimento de cancro nesta área (Branco, 2008).

A incidência e a prevalência deste grupo nosológico têm vindo a aumentar por todo o mundo e o seu impacto é maior nos países desenvolvidos, especificamente os situados a norte (Bannaga & Selinger, 2015). No que respeita à sua predominância, refira-se que a DC se encontra ligeiramente mais presente no género feminino, principalmente na adolescência tardia e na jovem adultez, aspeto que sugere uma provável participação dos fatores hormonais na expressão da doença. No que concerne ao género masculino, este apresenta-se mais relacionado com a CU. Ambas as patologias podem ser diagnosticadas em qualquer idade, sendo frequente o diagnóstico no período entre a adolescência e a jovem adultez (Loftus, 2004). Quanto à sua divergência na incidência e prevalência em diferentes etnias, vários estudos focados no fenómeno da migração apelam para que estas desigualdades se possam encontrar mais relacionadas com o estilo de vida e com a influência do meio ambiente na patogenia da DII, do que se dever a diferenças genéticas (Danese, Sans & Fiocchi, 2004; Loftus, 2004). Diferenças ao nível da etnia reportam uma variação quanto ao grau de suscetibilidade a esta doença (Bastida & Beltrán, 2011).

A etiologia da DII tem sido alvo de controvérsia por parte de vários investigadores. O pressuposto atual designa esta patologia como uma condição inflamatória crónica, imunologicamente mediada, que se traduz numa ativação inapropriada da função imune e da

função de barreira do epitélio intestinal (aumento da permeabilidade), quando na presença de uma flora microbiana gastrointestinal dita normal (Khor, Gardet & Xavier, 2011). A predisposição genética participa ativamente nesta desregulação, sendo que os fatores imunitários e os fatores ambientais, como o tabaco, a alimentação, as drogas, o estatuto geográfico e social, o *stress*, a apendicectomia, bem como as entidades microbianas e as funções intestinais, detêm também um papel fundamental nestas interações, o que permite aferir que a etiologia é de natureza multifatorial (Rosenfeld & Bressler, 2012).

O tratamento deve sempre ser adaptado ao local, extensão e curso da doença, em cada indivíduo, tendo sempre em consideração a resposta do organismo ao mesmo (Wehkamp *et al.*, 2016). Neste sentido, a farmacoterapia tem assumido uma posição de *guideline* (Wehkamp *et al.*, 2016). A maioria dos tratamentos tem como objetivo suprimir a resposta inflamatória anormal com recurso, por exemplo, a corticóides. Os probióticos, um outro tipo de tratamento recentemente proposto, são bactérias vivas, que têm por objetivo restaurar a intolerância da mucosa do intestino às bactérias não patogénicas, tendo demonstrado um efeito positivamente revelador nas pessoas com CU (Cravo, 2010). A sintomatologia adversa que possa advir da utilização dos corticóides contraindica a sua utilização por períodos prolongados e frequentes, sendo que nos últimos anos surgiram novos fármacos, como os imunossupressores e os biológicos, que têm uma ação anti-inflamatória potente sem os efeitos secundários característicos dos corticóides (Cravo, 2010; Magro *et al.*, 2009).

A intervenção cirúrgica é um procedimento que insere os protocolos de tratamento e prevê o alívio das complicações intestinais severas. O seu objetivo é preservar o mais possível do intestino, perspetivando uma melhor qualidade de vida para a pessoa com a doença (Magro *et al.*, 2009; Yamamoto & Toshiaki, 2014). Apesar de ser utilizada em último recurso, a colectomia total apresenta um efeito curativo na CU, mas não curativo na DC, devido à área do trato gastrointestinal implicada em cada tipologia de DII (Ananthakrishnan *et al.*, 2013). A colectomia é menos frequente em pacientes fumadores com CU, em comparação com os não-fumadores (Cosnes, 2004).

A dieta alimentar apresenta uma posição importante no controlo da patologia, permitindo a minimização de alguns sintomas e a correção de carências nutricionais, o que consequentemente permite melhorar a qualidade de vida da pessoa com a doença. As únicas exceções são os indivíduos que apresentam uma condição estenosante (obstrução intestinal), ou seja, um estreitamento da cavidade do intestino, mais frequente na DC (Cravo, 2010). Neste caso, uma dieta rica em fibras poderá agravar a sintomatologia pela ação de fibras insolúveis, que aumentam o volume das fezes, e podem causar cólicas e obstipação. Com

exceção desta situação estenosante, a ingestão de fibras pode ser benéfica, principalmente ao nível das células da mucosa intestinal (Cravo, 2010).

Tendo em conta o supracitado, são várias as implicações que desde o diagnóstico, invadem a pessoa e que obrigam a um ajustamento à nova realidade experienciada. Uma adaptação bem-sucedida ao diagnóstico permite dar ao indivíduo uma oportunidade de viver em plenitude, considerando as suas limitações. Este panorama permite eliminar a sobrecarga negativa inerente à condição clínica vivenciada (Pais-Ribeiro *et al.*, 2010). Deste modo, é pertinente o estudo da integração da doença por parte do indivíduo bem como a influência dos comportamentos por este adotados. Para tal é necessário recorrer a conceitos psicológicos que auxiliem a sua compreensão. Considerando a influência de fatores ambientais, como o tabagismo, e psicológicos, como o *stress* e a depressão no presente grupo nosológico, em conjunto com as condicionantes clínicas inerente à doença, torna-se pertinente averiguar a sua interferência na qualidade de vida da pessoa com a doença.

1.2. Tabagismo

A DII é uma patologia de natureza autoimune, que se desenvolve em indivíduos geneticamente predispostos e expostos a uma variedade de fatores ambientais (Scaldaferri & Fiocchi, 2007). De facto, o tabaco é um dos fatores ambientais mais influentes neste grupo nosológico. A nicotina tem um efeito oposto na DC e CU (prejudicial e protetor, respetivamente), comprovando a existência de uma patogenia diferente em ambas (Thomas, Rhodes & Green, 1998, citado em Danese *et al.*, 2004). Ressalve-se ainda a noção de que a componente hormonal se apresenta fundamental na suscetibilidade aos seus efeitos adversos, sendo o género feminino mais afetado (Cabral, 2014). Ainda mais, a localização da doença relaciona-se com o impacto que o fumo do tabaco pode exercer, sendo que os indivíduos que exibem lesões na zona do cólon não demonstram um efeito tão exacerbado do fumo do cigarro, comparativamente aos doentes que apresentam lesões que não implicam a zona do cólon, onde o risco de recaída poderá ser maior (Cabral, 2014).

A DC está estabelecida como sendo mais frequente em fumadores, onde a exposição ao tabaco é um fator de risco para o seu desenvolvimento, intervindo nas suas características e curso clínico e exacerbando a frequência de recaídas e intervenções cirúrgicas (Danese *et al.*, 2004; Nunes *et al.*, 2013).

Com respeito à CU, a nicotina apresenta propriedades terapêuticas e o cigarro é apenas uma das suas formas de apresentação. Esta substância pode apresentar-se sob várias formas: pastilha elástica de nicotina, transdérmica, comprimido oral e enema (Bastida & Beltrán, 2011).

A CU é predominante em ex-fumadores e nunca-fumadores, pois a nicotina apresenta um efeito protetor na severidade da doença, o que se traduz num progresso da doença menos acentuado, e que confere aos pacientes fumadores menos hospitalizações, menos medicação esteroide oral, que por sua vez diminui a recorrência à colectomia (Gheorghe *et al.*, 2004; Høie *et al.*, 2007, citado em Bastida & Beltrán, 2011), induzindo-os numa baixa frequência de recaídas (Bastida & Beltrán, 2011).

Ainda no que se refere a esta patologia, existem divergências ao nível do género. No que trata aos indivíduos com CU, do género masculino e fumadores, estes detêm um progresso da doença menos acentuado e uma necessidade diminuta de imunomoduladores, sendo o início da doença relativamente atrasado (Cosnes, 2004), havendo possivelmente uma modulação do meio hormonal do indivíduo (Cabral, 2014).

Apesar dos vários estudos epidemiológicos existentes, pouco se sabe ainda sobre os mecanismos moleculares e celulares despoletados no intestino pelo fumo do tabaco, que pode resultar no desenvolvimento de uma doença inflamatória (DC), ou à aparente prevenção da mesma (CU) (Karban & Eliakim, 2007; Birrenbach & Bocker, 2004, citados em Cabral, 2014). Os mecanismos envolvidos na ação da nicotina, controversos e detentores de pouco consenso, detêm no organismo dos pacientes com CU, um aumento da síntese de muco no cólon e no reto (Finnie *et al.*, 1996; Pullan, 1996). Sabe-se que a absorção da nicotina ao nível do intestino resulta num aumento do tónus e atividade motora do mesmo, sendo que uma exposição prolongada induzirá mudanças nestas atividades (Massarrat, 2008).

Um facto relevante a ressaltar trata-se do estatuto de ex-fumadores que os doentes podem possuir e a influência dos efeitos da cessação tabágica no bem-estar do doente. Nesta condição de abstinência tabágica, vários são os sintomas que surgem, tais como ansiedade, aumento do apetite, dificuldades de concentração, entre outros. Estes sintomas que podem camuflar ou agravar a manifestação de uma doença da qual o ex-fumador seja portador (Direção-Geral de Saúde, 2007).

1.3. *Stress* Percebido

Um olhar cumulativo sobre o dia-a-dia comprova a instabilidade em que a humanidade vive, exposta a transformações constantes, crises e adaptações, que provocam um estado de instabilidade que resulta num fenómeno atualmente muito popular e designado por *stress*. Rui Mota Cardoso define esta condição como “um estado de combate ‘corpo a corpo’ entre o que *eu tenho vindo a ser* – a minha individualidade, sempre em formação, sempre incompleta, sempre em devir – e o meio (externo e interno) que me quer outro e sujeita a novas exigências, desafios e ameaças, tensões, sobrecargas e obstáculos” (Cardoso, 1999, p. 11). Este estado de *stress* depende de fatores internos e externos que, em conjunto, resultam numa instabilidade entre a pessoa e o meio, tendo em conta a incapacidade da primeira em responder adequadamente aos obstáculos interpostos pelo segundo (Pacheco, 2008). É caracterizada como um processo que prevê um desequilíbrio real ou percebido entre as premissas ambientais necessárias à sobrevivência e a capacidade do indivíduo se adaptar às mesmas, preconizando a existência de um processo de avaliação cognitiva face a uma situação, como também uma decisão acerca do seu carácter ameaçador/stressor (Lazarus & Folkman, 1984).

A doença crónica e os acontecimentos que lhe estão inerentes, como as hospitalizações, os procedimentos de diagnóstico invasivos e o desconforto causado pela mesma, ou então o desequilíbrio ao nível dos papéis sociais, desempenho do indivíduo e os contextos no qual este se insere, revelam-se fatores importantes na qualidade de vida do indivíduo e nos estados psicológicos por ele vivenciados (Góis, 2008). As alterações que tais situações provocam são experienciadas pelo indivíduo com frustração, tristeza, ansiedade, solidão, entre outros sentimentos provenientes de obstáculos interpostos por esta condição de saúde, tanto a nível físico como a nível psicológico, causando uma vivência de *stress* negativo denominado por *distress* (Graff *et al.*, 2009) que os deixa mais vulneráveis psicologicamente (de Ridder, Geenen, Kuijer & van Middendorp, 2008; Woodward *et al.*, 2016).

A relevância atribuída aos fatores psicológicos na DII remonta aos anos 30 do século XX, época onde esta patologia seria caracterizada como doença psicossomática (Keefer, Keshavarzian & Mutlu, 2008). Esta caracterização foi desacreditada desde os últimos anos e na atualidade, uma vez que, apesar de os fatores psicológicos se mostrarem relevantes neste grupo nosológico, não inserem a etiologia do mesmo (Kalinger, Györke, Makö, Mester & Tarján, 2000). A crença de que o *stress* é a causa da doença não é evidenciada apenas em

investigações passadas, sendo muitas vezes atribuída pelos pacientes como causa da doença (Danese, Sans & Fiocchi, 2004).

Apesar de não se verificar a influência direta do *stress* na etiologia da DII, é perceptível a sua modulação ao nível das manifestações da doença. Estudos recentes apontam para que a sua presença se relacione com uma exacerbação sintomática clínica relacionada com a patologia (Targownik *et al.*, 2015). O efeito deste fator psicológico no sistema imunitário e inflamatório apresenta-se complexo e depende da duração e intensidade do stressor (Straub, Dhabhar, Bijlsma & Cutolo, 2005). Tanto as formas de *stress* agudo como crónico associam-se a alterações na função dos sistemas anteriormente referidos e podem importar no que respeita à patogenia da DII (Mawdsley & Rampton, 2005). Reportado por aumentar a atividade da doença e exacerbar os seus sintomas, estudos científicos atuais comprovam o princípio de atuação do *stress*, especificando que acontecimentos de vida stressantes, *stress* crónico e a depressão aumentam a probabilidade de recaída, quando os pacientes se encontram em remissão (Mawdsley & Rampton, 2005). Os resultados divergem quando os estudos englobam os doentes de ambas as patologias (CU e DC), sendo que nesta condição obtêm resultados menos consistentes. Os resultados mais plausíveis e significados são perceptíveis em estudos que analisam pacientes da mesma condição nosológica (Maunder & Levenstein, 2008). Em função do género, a literatura científica diferencia homens e mulheres quanto à perceção do *stress*, ostentando que as mulheres são quem apresenta um nível de *stress* mais exacerbado (Graff *et al.*, 2009; Trigo, Canudo, Branco & Silva, 2010).

A ansiedade, a depressão e a raiva são sentimentos frequentes em pacientes portadores desta patologia, quando comparados com a população em geral (Maunder, 2005). Proveniente de preocupações com as manifestações da doença, estigma social, bem como da perceção de controlo sob a sua condição de doença, este tipo de emocionalidade comprova o desequilíbrio emocional provocado pelo *stress*, que frequentemente se acompanha por pensamentos desadaptativos e comportamentos desajustados (Jordan, 2010). O modo como os indivíduos enfrentam a doença pode ser eficaz ou ineficaz, tendo em conta a sua perceção de bem-estar, o *stress* percebido, a perceção de controlo e gestão da patologia, em função dos recursos disponíveis (Bennett, 2002; Goldring *et al.*, 2002), sendo que a adequação dos mecanismos de *coping* depende também de fatores como o tipo de personalidade, contexto envolvente (Lazarus e Folkman, 1991, citado em Pacheco, 2008) e características fenotípicas (Maunder *et al.*, 2006). Os mecanismos que se revelam mais desadaptativos são usados por indivíduos que apresentam um nível de *stress* negativo maior (Graff *et al.* 2009), induzindo-o numa perceção de controlabilidade reduzida (Jordan, 2010; Polman *et. al.*, 2010).

1.4. Depressão

Aquando do diagnóstico de doença crónica, o indivíduo depara-se com um *rol* de mudanças extremas e rápidas, numa reviravolta da sua vida, relativamente aos seus objetivos, emprego, relações interpessoais, atividades de lazer e diárias, predispondo-o à vivência de estados afetivos negativos como a ansiedade, a depressão e a angústia (Coelho, 2010). A avaliação que este faz destes acontecimentos vai condicionar a sua adaptação (Branco, 2008; Cheavens & Dreer, 2009), tendo em conta que surge como uma experiência de privação do seu estado natural de normativo de saúde; como uma experiência de frustração que impede a sua projeção no futuro quanto aos objetivos pessoais de vida; como experiência de dor, física e psicológica, despoletando no seu conjunto sentimentos de tristeza, ansiedade, solidão, isolamento e incerteza (Cheavens & Dreer, 2009), prejudicando, assim, a sua autoestima, funcionalidade, relação interpessoal e ação no domínio social.

Segundo Prasko, Jelenova e Mihal (2010), altos níveis de neuroticismo, depressão, comportamento de inibição e instabilidade emocional são típicos entre pessoas com doença crónica específica e inespecífica do trato gastrointestinal, considerando os sintomas e manifestações de doença. No que concerne aos pacientes com DII, estes manifestam maiores índices de depressão e de ansiedade, comparativamente à população sem a doença, o que afeta de modo significativo a sua qualidade de vida (Fiest *et al.*, 2016; Filipović, Filipović, Kerkez, Milinić & Randelović, 2007; Filipović & Filipović, 2014). Tanto na DC como na CU, a depressão tem sido associada a recaídas frequentes, bem como uma maior recorrência aos serviços médicos (Fiest *et al.*, 2016). Vários estudos apresentam divergências quanto à prevalência deste estado de humor nas subpatologias da DII, sendo que uns referem que não existem diferenças entre as mesmas (Ananthakrishnan *et al.*, 2013) e outros evidenciam um maior nível de índices depressivos na DC ao invés da CU (Neuendorf, Harding, Stello, Hanes & Wahbeh, 2016).

Num estudo realizado por Panara e colaboradores (2014), a depressão aparece associada ao género feminino e aos pacientes com um percurso da doença mais agressivo. Como contributos para a sua presença, encontra-se a influência dos domínios biológicos e psicológicos, tais como a atividade e adversidades da doença e tratamentos implicados; os efeitos do processo inflamatório no funcionamento cerebral, imagem corporal e estilo de vida, e dificuldades de ajustamento à condição de vida presente (Sajadinejad *et al.*, 2012; Szigethy *et al.*, 2004).

Efetivamente, tanto os stressores como a reação, a vulnerabilidade ou resiliência do indivíduo implicam marcadamente o progresso da doença (Jordan, 2010), sendo que a severidade da mesma e a presença de comorbilidades podem contribuir para uma menor qualidade de vida (Fiest *et al.*, 2016; Maunder & Levenstein, 2008).

1.5. Qualidade de Vida

A qualidade de vida (QV) é um conceito associado à satisfação que o indivíduo apresenta nos vários domínios da sua vida. No que diz respeito ao domínio da saúde, quando se trata de abordar ou estudar este constructo, assume-se como denominação qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), reportando-se ao impacto que a condição de saúde detém na qualidade de vida global do indivíduo (Guyatt *et al.*, 2007). O estado de saúde é influenciado por variáveis do foro biológico, psicológico e social, sendo que a sua integração refletirá a perceção geral da condição de saúde, uma avaliação subjetiva da pessoa face à interferência da doença perante os domínios da sua vida (Guyatt *et al.*, 2007).

As doenças crónicas apresentam-se como condições de saúde que interferem de modo significativo na vida das pessoas que as detém, originando mudanças ao nível do seu funcionamento geral, patenteando aspetos característicos como: a sua longa duração e o carácter não curável e irreversível, com um curso clínico prostrado, de etiologia multifatorial e incidente na população consoante a suscetibilidade dos indivíduos (Martin, 2007). Daqui resultam incapacidades que atuam nas mais variadas áreas de funcionamento do indivíduo, que implicam a prática de tratamentos médicos que visem o aumento do seu bem-estar.

Neste sentido, a QVRS ostenta uma medida do impacto funcional da doença crónica e dos tratamentos terapêuticos subjacentes (Guyatt *et al.*, 2007), sendo que os domínios físicos, sociais e funcionais do indivíduo, bem como o seu estado mental e perceção geral de bem-estar, são aspetos comumente utilizados na sua concetualização, influenciada pela personalidade do indivíduo e pelos fatores do meio em que se insere (Haapamäki *et al.*, 2009). A DII, tal como supramencionado, implica uma sintomatologia incapacitante que detém impacto na vida do indivíduo, predispondo-o à vivência de estados afetivos negativos como a ansiedade, a depressão e angústia (Coelho, 2010). A sintomatologia inerente a períodos de atividade exacerbada da patologia, como diarreias, dor abdominal, fadiga, perda de peso, as hospitalizações, idas frequentes aos serviços de saúde, intervenção cirúrgica e efeitos de fármacos; juntamente com as preocupações e medos associados à presença e

manifestação da doença resultam numa qualidade de vida menor da pessoa (Casellas, Lopez-Vivancos & Malagelada, 2002; Nurmi *et al.*, 2013).

Vários estudos apelam para que a presença de determinadas condições que agravam a qualidade de vida da pessoa com a doença. Um nível baixo de qualidade de vida parece estar presente quando se consideram vários aspetos, entre os quais: os indivíduos são do sexo feminino, apresentam um nível de escolaridade menor, exibem maiores índices de afetividade negativa, a tipologia é a DC, os índices de severidade clínica são elevados, as hospitalizações, se existe evidência de uma maior sintomatologia intestinal e extraintestinal e se existe uma frequência maior de recaídas ao longo do tempo (Bernklev *et al.*, 2004; Casellas *et al.*, 2002; Nordin; Pålman., Larsson, Sundberg-Hjelm & Lööf, 2002). Além disso, a fadiga parece estar associada à redução da qualidade de vida, surgindo o domínio físico como o mais lesado e, conseqüentemente, condicionando a atividade do indivíduo no meio em que se insere (Jelsness-Jørgensen, Bernklev, Henriksen, Torp & Moum, 2011). Relativamente à tipologia da DII, existem evidências empíricas que verificam que os indivíduos detêm uma menor qualidade de vida quando apresentam DC, comparativamente aos que detêm CU (Bryant, Langenberg, Holtmann & Andrews, 2011).

Segundo Haapamäki e colaboradores (2009), a QVRS das pessoas com DII relaciona-se a satisfação e percepção que o indivíduo tem do impacto do tratamento na sua capacidade de desempenho e de participação nas rotinas diárias. Os indivíduos que apresentam um percurso mais longo de doença, apresentam uma QVRS melhor do que aqueles diagnosticados recentemente, uma vez que as manifestações mais ativas da doença se revelam na primeira exacerbação da mesma, apresentando-se a DC como a patologia onde este fenómeno é mais notório (Jäghult, Saboonchi, Johansson, Wredling & Kapraali, 2011). As pessoas diagnosticadas recentemente com a doença apresentam índices de adesão terapêutica menor, podendo resultar numa frequência maior de recaídas e num percurso da doença mais agressivo (Lakatos, 2009).

O processo de adaptação implica um conjunto de fatores que influenciam o uso de estratégias de *coping* para debater os desafios e obstáculos que vão sendo semeados pela manifestação da doença (Falvo, 2005; Kershaw, Northouse, Kritpracha, Schafenacker & Mood, 2004). Deste modo, torna-se relevante averiguar o impacto de variáveis como a qualidade de vida relatada e o *stress* percebido pelo indivíduo, tendo em consideração variáveis como a tipologia a doença, o percurso clínico e estado de atividade da mesma, a medicação administrada (Jäghult *et al.*, 2011), bem como atentar às representações de doença que o indivíduo apresenta em relação à patologia e à sua gestão (Edgar & Skinner, 2003).

2. Estudo Empírico

2.1. Objetivos de Investigação

Após uma revisão acerca da literatura direcionada à DII é notável a forte influência que certas variáveis ambientais e internas detêm na progressão da mesma e na qualidade de vida da pessoa com a doença, sendo o hábito tabágico, a influência do *stress* percebido e a depressão as variáveis estudadas neste âmbito. Apesar de as variáveis em estudo já terem sido alvo de investigação no passado, torna-se relevante aprofundar o conhecimento da DII na população portuguesa, visando a compreensão do tipo de influência das variáveis na qualidade de vida do indivíduo, perspetivando a intervenção psicológica e fomentando um melhor ajustamento à nova condição experienciada.

Neste sentido, pretende-se avaliar a qualidade de vida das pessoas com DII, tendo em consideração a influência de variáveis ambientais e psicológicas, como a presença ou ausência do hábito tabágico, o *stress* percebido e os índices depressivos, como também dos sintomas específicos da DII. O objetivo geral é caracterizar a qualidade de vida na DII e nas subpatologias DC e CU. Especificamente, objetivamos analisar:

- a) As diferenças da qualidade de vida, depressão, *stress* percebido e variáveis clínicas entre as duas tipologias de DII;
- b) A influência das variáveis sociodemográficas e clínicas nas variáveis estudadas;
- c) A influência das variáveis relacionadas com o hábito tabágico nas variáveis estudadas;
- d) A influência do hábito tabágico nas subpatologias DC e CU;
- e) Indagar acerca de alguns dos sintomas intestinais e extraintestinais específicos na DII consoante a tipologia assumida;
- f) Estabelecer modelos preditores para as componentes da qualidade de vida, na amostra geral e consoante as subpatologias DC e CU.

2.2. Metodologia

2.2.1. Participantes

O presente estudo conta com 201 participantes, inseridos na amostra mediante determinados critérios, os quais: a) ter doença inflamatória intestinal; b) apresentar idade igual ou superior a 18 anos; c) e, por fim, ter nacionalidade portuguesa.

Analisando a amostra (*cf.* quadro1) podemos verificar que prevalece um maior número de participantes do género feminino, variando as idades dos participantes desde os jovens aos mais idosos. A maioria dos participantes vive com a família ou com o companheiro/a e apresenta uma escolaridade média que corresponde ao ensino superior. Os participantes com DC prevalecem na amostra comparativamente aos participantes com CU.

Quadro 1 – Frequências relativas à amostra em estudo

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Amplitude
Género					
Feminino	119	59.2			
Masculino	82	40.8			
Idade			38.25	12.20	18-91
Anos de Escolaridade			14.40	3.12	4-24
Atividade Profissional					
Sim	157	78.1			
Não	44	21.9			
Diagnóstico					
Colite Ulcerosa	72	35.8			
Doença de Crohn	129	64.2			
Hábito Tabágico					
Fumadores	42	20.9			
Ex-Fumadores	57	28.4			
Nunca fumadores	102	50.7			

Em relação à condição de doença foram avaliados alguns aspetos considerados relevantes, sendo eles: o número de crises, a necessidade de hospitalizações e intervenção cirúrgica, e o uso de medicação. No que respeita ao número de crises, verificamos que 89.5% dos participantes teve pelo menos uma crise após o diagnóstico da patologia. Quanto ao

domínio de intervenção na patologia, verificamos que a necessidade de internamentos hospitalares foi de 63.2% ($N=127$ e $P=63.2\%$); sendo que 39.7% dos indivíduos já teve de ser submetido a pelo menos a uma intervenção cirúrgica ($N=79$ e $P=39.7\%$) e que 92.5% toma medicação que vise o controlo sintomatológico e clínico da patologia ($N=185$ e $P=92.5\%$).

Na distribuição consoante o estatuto de fumador e tipologia da doença, verifica-se que no grupo dos participantes fumadores, 14 tem CU ($N=14$ e $P=33.3\%$) e 28 têm DC ($N=28$ e $P=66.7\%$). Dos participantes ex-fumadores, 14 tem CU ($N=14$ e $P=24.6\%$) e 43 tem DC ($N=43$ e $P=75.4\%$). Por fim, em relação aos nunca fumadores, 44 indivíduos têm CU ($N=44$ e $P=43.1\%$) e 58 tem DC ($N=58$ e $P=56.9\%$).

2.2.2. Material

De modo a proceder à recolha de dados na amostra de participantes, elaborou-se um questionário sociodemográfico/clínico e um questionário relativo ao hábito tabágico, tendo-se, adicionalmente, utilizado cinco instrumentos standardizados que auxiliam na recolha de aspetos mais específicos a nível da investigação, os quais: o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), o Questionário do Estado de Saúde (SF-36), a Escala de Perceção do Stress, o *Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire* (GNSBQ) e o Teste de *Fagerström* sobre a sua dependência tabágica (FTND).

O questionário sociodemográfico/clínico visa a recolha de dados pessoais do participante, como: a idade, género, escolaridade, com quem coabita e profissão atual. Acerca da condição clínica, o questionário visa a obtenção de informação sobre a atividade da doença, englobando: questões contínuas, como o número de crises; e outras questões categoriais, como a necessidade de hospitalizações, a realização de intervenções cirúrgicas, a adesão à medicação, os sintomas intestinais e extraintestinais, e a perceção acerca do controlo e gravidade da patologia. Através do questionário sobre o hábito tabágico pretendemos proceder à distinção entre participantes fumadores e não fumadores, questionando o grupo dos fumadores e variadas questões como: há quanto tempo fuma, o número de cigarros fumados (em média, por dia), se já deixou de fumar alguma vez e os motivos, os sintomas da abstinência, a influência na doença, a terapia de substituição de nicotina e a intenção em abandonar o hábito.

No que respeita à variável depressão, recorreremos ao *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), originalmente construída por Zigmond e Snaith (1983) e traduzida e adaptada

para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses e Baltar (2007). Esta é uma ferramenta de avaliação do estado de humor e as suas variações no sujeito portador de doença física, não fornecendo dados para o diagnóstico de uma perturbação de humor ou de ansiedade. Apresenta catorze itens na sua totalidade, dividido em duas subescalas (ansiedade e depressão - sendo que apenas a correspondente à depressão é que irá ser usada na presente investigação), contendo cada sete itens, respondidos numa escala tipo *Likert* numa escala de 0 (ausência de depressão ou depressão) a 3 (ansiedade ou depressão com maior gravidade), podendo os resultados variar entre 0 e 21 pontos. Relativamente aos valores obtidos, destacam-se algumas condições para a sua interpretação. Se a pontuação obtida for inferior ou igual a 7, esta não é indicadora de ansiedade ou depressão; se entre 8 e 10 pontos, sugere apenas a presença de ansiedade ou depressão; se entre 11 e 14, indica a presença de um estado ansioso ou depressivo considerado moderado; e, por fim, se entre 15 e 21, indica um estado grave relativamente a estes estados de humor (Snaith, 2003). Na adaptação à versão portuguesa, considera-se que uma pontuação igual ou superior a 11 pontos revela a presença de ansiedade ou depressão. Relativamente às propriedades psicométricas, a versão portuguesa revela-se válida e consistente na avaliação em contextos hospitalares, tal como em outros países (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007). Apresenta como vantagens o pouco tempo despendido no preenchimento, a clareza das questões, facilitando a sua compreensão e a doença física como não interferindo com os resultados obtidos (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006).

O *Questionário do Estado de Saúde* (SF-36), adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (2005), retrata um instrumento que visa a avaliação da perceção do estado de saúde (qualidade de vida). Contém trinta e seis itens, distribuídos em oito dimensões, as quais: o funcionamento físico, o desempenho físico, a saúde geral, a dor corporal, a vitalidade, o funcionamento social, o desempenho emocional e a saúde mental. Estas dimensões aglomeram-se em duas componentes principais: mental e física. Mostra-se útil na comparação entre populações gerais e específicas, na estimativa de sobrecarga de várias doenças e na análise de diferenças relativamente aos benefícios dos tratamentos (Pais-Ribeiro, 2005). Pressupõe a avaliação em função da idade, do sexo, do estado de saúde e do tratamento e evolução da doença. Assim sendo, as pessoas mais velhas tendem a perceber a doença pior; os homens apresentam melhor perceção da sua saúde; os indivíduos que não são portadores de doença percebem melhor a sua saúde e aqueles que recebem tratamento tendem a perceber a sua saúde melhor depois de o receberem, respetivamente (Pais-Ribeiro, 2005).

Em relação à variável *stress*, utilizamos a *Escala de Percepção do Stress*, original de Cohen, Kammarck e Mermelstein (1983), adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e Marques (2009), que pretende avaliar a intensidade com que as situações de vida stressantes são experienciadas pelos indivíduos (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983), remetendo para a avaliação cognitiva dos indivíduos acerca da ameaça sentida face às situações ou à escassez dos seus recursos (Pais-Ribeiro, 2009). Incorpora treze itens (um item foi excluído da versão original, o qual: “12 - No último mês com que frequência deu por si a pensar em coisas que tem que fazer?”), respondidos numa escala tipo *Likert*, com as opções A (“*Nunca*”) a E (“*Muitas Vezes*”), que recebem uma classificação de 0 a 4. Metade dos itens são formulados pela positiva, sendo os restantes formulados pela negativa e, para efeitos de cotação total, os itens positivos têm de ser invertidos. A pontuação final obtém-se soma dos valores dos itens, sendo que um valor mais elevado corresponde a um nível maior de *stress*. Esta escala apresenta uma consistência interna fiável, sendo coerente com o instrumento original e válidos em outros idiomas (Pais-Ribeiro & Marques, 2009).

Para avaliar a dependência comportamental dos participantes fumadores, recorremos ao teste de *Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire* (GNSBQ), original de Glover e colaboradores (2005), adaptado para a população portuguesa por Rocha e colaboradores (2014), que caracteriza um questionário de autorrelato, constituído por onze itens, com a finalidade de avaliar a dimensão comportamental do hábito tabágico, sendo útil para estimar o grau de intervenção quando se trata de cessação tabágica. Cada item pode ser cotado numa escala tipo *Likert* de 0 (“*Nada*”, nos primeiros dois itens; e “*Nunca*”, nos restantes) a 4 (“*Extremamente*”, nos primeiros dois itens; e “*Sempre*”, nos restantes itens). O fator 1, designado como “hábito e ritual de fumar”, é constituído pelos itens 1, 2, 4, 5, 8 e 10, sendo que o fator 2, denominado de “comportamentos associados ao fumo quando a pessoa não pode acender o cigarro”, é constituído pelos itens 3, 6, 7, 9 e 11.

Por último, para analisar a dependência dos participantes fumadores, recorremos ao *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND), adaptado do *Fagerström Tolerance Questionnaire* (FTQ, Fagerström, 1978) por Heatherton, Kozlowski, Frecker e Fagerström (1991), que está adaptado para a população portuguesa por Ferreira, Quintal, Lopes e Taveira (2009), intitulado-se de “Teste de *Fagerström* sobre a sua dependência tabágica”. Apresenta-se como um instrumento que mede a dependência tabágica do fumador, sendo essencial para fins de tratamento como a investigação (Ferreira, Quintal, Lopes e Taveira, 2009). É composto por seis questões, onde o participante pode escolher dentro de um conjunto de opções aquelas que se adequam ao seu estatuto de fumador. Em relação à

interpretação dos resultados, a dependência tabágica é classificada como baixa (pontuação total de 0 a 3), média (de 4 a 6) e alta (de 7 a 10).

2.2.3. Procedimento

Mediante a aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética da FPCEUP (cf. Anexo 1), o questionário de autorrelato destinado à recolha de dados foi estruturado na plataforma *LimeSurvey*[®], possibilitando um preenchimento *online* através do acesso a um *link* disponibilizado pela Associação Portuguesa de Doença Inflamatória do Intestino (APDI), entidade institucional que colaborou na divulgação do estudo junto dos seus sócios.¹ Posto isto, refira-se o método de amostragem presente na recolha como não-probabilístico e por conveniência.

O questionário administrado aos participantes, além de apresentar uma breve explicação sobre a temática, apresenta um consentimento informado (cf. Anexo 2). Após a recolha, os dados foram introduzidos e analisados com recurso ao programa informático *IBM*[®] *SPSS*[®] *Statistics* 21, para o *software Windows*.

Para análise de resultados utilizou-se os seguintes testes estatísticos: medidas descritivas e de frequências, que permitiram a caracterização da amostra nas diversas variáveis em estudo; o teste *t* de *Student* para amostras independentes e a análise de variância (ANOVA) a um fator, procurando comparar as diferenças dos grupos estudados (tipologia da doença, género e estatuto de fumador) ao nível das variáveis dependentes e independentes; o coeficiente de correlação momento-produto de Pearson, para verificar a existência de relações entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas com o hábito tabágico, e as componentes mental e física da qualidade de vida; o teste qui-quadrado para a independência, de modo a averiguar a relação entre variáveis categoriais, como o diagnóstico de DC ou CU e os sintomas intestinais e extraintestinais; e o teste de regressão múltipla hierárquica e de regressão múltipla *standard*, na amostra geral e nas subpatologias DC e CU, respetivamente, de modo a estabelecer modelos preditores da qualidade de vida, ao nível dos domínios físico e mental.

¹ Foi realizado um pré-teste com 6 participantes (num método de amostragem não-probabilística, por conveniência), cada um assumindo uma condição de patologia (DC ou CU) e um estatuto de fumador (fumador, ex-fumador ou nunca fumador), onde foram explicadas as características inerentes a cada uma, de modo a que o participante pudesse avaliar de forma adequada o conteúdo do questionário e a sua estrutura.

3. Resultados

3.1. Caracterização das variáveis em estudo para a amostra total e nas subpatologias DC e CU

No quadro 2, apresentam-se os valores das variáveis principais estudadas quer na amostra geral quer por subpatologia. De modo a investigar a existência de diferenças entre os participantes diagnosticados com CU e DC em função das variáveis estudadas, como a qualidade de vida (Componente Mental – CM; e Componente Física – CF), o *stress* percebido, a depressão, e índices clínicos, como o controlo e gravidade da doença, o número de crises, a necessidade de hospitalizações e realização de cirurgia, utilizamos o teste *t* de *Student* para amostras independentes. As diferenças encontradas na comparação quanto ao tipo de doença (*cf.* quadro 2) indicam uma maior prevalência de depressão nos doentes com CU e, ao mesmo tempo, um nível de qualidade de vida relacionada com o funcionamento físico superior, sendo que em todas as outras dimensões e mesmo nas componentes gerais não se verificam diferenças significativas entre ambos os grupos de participantes.

Quadro 2 - Resultados comparativos entre a amostra CU e DC na qualidade de vida, depressão, stress percebido e variáveis clínicas

		Amostra geral N= 201	Amostra com CU n= 72	Amostra com DC n=129	t	gl	sig. (2-tailed)
CM		M=59.10 DP=23.01	M=61.01 DP=22.91	M=58.04 DP=23.09	.875	199	.382
	<i>vt</i>	M=49.93 DP=21.10	M=52.99 DP=21.52	M=48.22 DP=21.30	1.542	199	.125
	<i>fs</i>	M=68.84 DP=23.39	M=71.18 DP=22.95	M=67.54 DP=23.62	1.059	199	.291
	<i>de</i>	M=58.38 DP=42.40	M=60.19 DP=43.92	M=57.36 DP=41.66	.451	199	.652
	<i>sm</i>	M=59.26 DP=20.60	M=59.67 DP=20.00	M=59.04 DP=21.00	.207	199	.836
CF		M=62.96 DP=20.65	M=65.30 DP=20.27	M=61.66 DP=20.83	1.201	199	.231
	<i>ff</i>	M=82.02 DP=18.62	M=86.18 DP=15.35	M=79.69 DP=19.90	2.397	199	.017*
	<i>df</i>	M=64.25 DP=41.22	M=67.36 DP=41.46	M=62.50 DP=41.15	.800	198	.425
	<i>dc</i>	M=63.83 DP=21.26	M=66.38 DP=20.85	M=62.41 DP=21.44	1.269	199	.206
	<i>sg</i>	M=42.08 DP=20.00	M=41.29 DP=17.46	M=42.51 DP=21.33	-.438	172.24	.662

Depressão	<i>M</i> =8.66 <i>DP</i> =1.67	<i>M</i> =9.04 <i>DP</i> =1.78	<i>M</i> =8.45 <i>DP</i> =1.58	2.432	199	.016*
<i>Stress</i> percebido	<i>M</i> =25.39 <i>DP</i> =6.52	<i>M</i> =26.07 <i>DP</i> =6.57	<i>M</i> =25.02 <i>DP</i> =6.48	1.100	199	.273
Controlo da doença	<i>M</i> =3.34 <i>DP</i> =0.68	<i>M</i> =3.26 <i>DP</i> =0.71	<i>M</i> =3.39 <i>DP</i> =0.65	-1.246	199	.214
Gravidade da doença	<i>M</i> =2.97 <i>DP</i> =0.76	<i>M</i> =2.97 <i>DP</i> =0.63	<i>M</i> =2.97 <i>DP</i> =0.83	.029	199	.977
Número de crises	<i>M</i> =29.26 <i>DP</i> =255.32	<i>M</i> =59.86 <i>DP</i> =420.54	<i>M</i> =11.51 <i>DP</i> =23.01	.954	68.24	.343
Necessidade de hospitalização	<i>M</i> =0.63 <i>DP</i> =0.48	<i>M</i> =0.54 <i>DP</i> =0.50	<i>M</i> =0.68 <i>DP</i> =0.47	-1.990	199	.048*
Realização de Cirurgia	<i>M</i> =0.40 <i>DP</i> =0.49	<i>M</i> =0.11 <i>DP</i> =0.32	<i>M</i> =0.56 <i>DP</i> =0.50	-7.742	194.44	.000***

* Nível de significância igual ou inferior a $p=0.05$; *** Nível de significância igual ou inferior a $p=0.001$.

3.2. Associações entre as variáveis sociodemográficas/clínicas e as variáveis estudadas

Uma das análises que também orientou a exploração dos dados foi perceber se havia relação entre a qualidade de vida com variáveis sociodemográficas (género e idade), variáveis clínicas (gravidade e controlo da doença), o *stress* percebido, a depressão, o número de crises e a cirurgia.

No que respeita à componente mental da qualidade de vida, as correlações existentes são fracas, excetuando o controlo da doença e o *stress* percebido que são fortes (*cf.* quadro 3).

Quadro 3 - Correlações entre a qualidade de vida mental e física e variáveis estudadas

	Componente Mental	Componente Física
Idade	.219**	.081
Gravidade da doença	-.226**	-.283**
Controlo da doença	.467**	.551**
<i>Stress</i> percebido	-.727**	-.511**
Depressão	-.091	-.053
Número de Crises	.005	-.123
Cirurgia	-.086	-.140*

* Correlação significativa a um nível de significância igual ou inferior a $p=0.05$; ** Correlação significativa a um nível de significância igual ou inferior a $p=0.01$

O controlo da doença, apresentando-se correlacionado positivamente com a componente mental, indica que a qualidade de vida mental dos participantes aumenta com o controlo percebido perante a patologia, sendo que o *stress*, negativamente correlacionado, indica que um nível mais baixo de *stress* corresponde a uma qualidade de vida mental melhor. Quanto às restantes variáveis, quanto maior for a idade e menor a percepção de gravidade da doença, melhor se apresenta a qualidade de vida mental do participante (*cf.* quadro 3). Ainda sobre o domínio mental, observamos diferenças significativas na amostra quanto ao género ($t_{(199)}=2.506, p=.013$), resultando que o género feminino é quem apresenta uma média mais baixa ao nível da qualidade de vida mental ($M=55.77, DP=23.43$), comparativamente ao género masculino ($M=63.94, DP=21.62$).

Em relação à componente física da qualidade de vida, no que concerne às associações existentes, observamos que as correlações são na sua maioria fracas, excetuando, à semelhança da componente mental, o controlo da doença e o *stress* percebido, que se correlacionam fortemente com este domínio. No que diz respeito às restantes variáveis, quanto menores forem a recorrência a intervenção cirúrgica, a percepção de gravidade da doença e o *stress*, melhor se apresenta a qualidade de vida física do participante (*cf.* quadro 4). Ainda observamos diferenças significativas entre os participantes consoante o género ($t_{(199)}=2.047, p=.042$), sendo que o género feminino é quem apresenta uma média mais baixa ao nível da qualidade de vida física ($M=60.51, DP=20.67$), comparativamente ao género masculino ($M=66.53, DP=20.23$).

Ressalve-se ainda que a amostra apresenta resultados que a diferenciam significativamente consoante o género, além dos resultados supracitados, verificando-se diferenças significativas quanto: ao *stress* ($t_{(196.46)}=-2.673, p=.008$), onde o género feminino aparece com um nível mais elevado ($M=26.35, DP=7.04$), em comparação aos homens ($M=24.00, DP=5.42$); e à medicação ($t_{(183.76)}=2.520, p=.013$), onde parece existir uma maior adesão por parte dos homens ($M=.98, DP=.31$) do que nas mulheres ($M=.89, DP=.16$).

3.3. Associação das variáveis relacionadas com o hábito tabágico com as variáveis estudadas

Um dos propósitos desta investigação enquadra a influência do hábito tabágico na qualidade de vida das pessoas com a doença, considerando o impacto negativo que a nicotina tem na manifestação clínica da DII, sabendo, no entanto, que esta apresenta um efeito protetor na CU e prejudicial na DC.

Numa tentativa de perceber as diferenças que possam existir consoante o estatuto de fumador, procedeu-se a uma análise de variância (ANOVA) a um fator. Daqui verificamos que existem diferenças significativas quanto à componente mental da qualidade de vida ($F_{(2,198)}=5.472$, $p=.005$) e ao *stress* percebido ($F_{(2,198)}=3.716$, $p=.026$) consoante o estatuto de fumador. Observa-se que os ex-fumadores ($M=67.08$, $DP=20.74$) apresentam uma qualidade de vida mental melhor do que os nunca-fumadores ($M=57.12$, $DP=22.72$) e que os fumadores ($M=53.08$, $DP=24.27$). Quanto ao *stress* percebido, verificamos que os nunca fumadores são quem apresenta um nível de *stress* mais elevado ($M=26.07$, $DP=6.37$), comparativamente aos ex-fumadores ($M=23.44$, $DP=6.46$).²

Exploramos a relação entre as variáveis sobre o hábito tabágico (número de vezes que deixou de fumar; tempo de fumador; tempo de ex-fumador; *Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire* - fator 1 e 2; Teste de *Fagerström* sobre a sua dependência tabágica) e o *Stress* percebido, com as componentes da qualidade de vida (cf. quadro 4).

Quadro 4 - Correlações entre as variáveis relacionadas com o hábito tabágico e a qualidade de vida

	Componente Mental	Componente Física
Número de vezes que deixou de fumar	-.378*	-.305
Tempo de fumador	-.193	-.311*
Tempo de ex-fumador	.396**	.315*
<i>Glover – fator 1</i> “Hábito e ritual de fumar”	-.308*	-.357*
<i>Glover – fator 2</i> “Comportamentos associados”	-.391*	-.379*
<i>Fagerström</i> “Dependência Física”	-.357*	-.326*

* Correlação significativa a um nível de significância igual ou inferior a $p=0.05$; ** Correlação significativa a um nível de significância igual ou inferior a $p=0.01$

No que respeita às variáveis relacionadas com o hábito tabágico, as correlações encontradas são na sua maioria moderadas, de onde se destaca a associação negativa entre a componente mental da qualidade de vida e o número de vezes que o participante deixou de fumar, o hábito e ritual de fumar (Glover-Fator 1), os comportamentos associados ao hábito

² Refira-se que, na ANOVA, após testada a homogeneidade das variâncias das variáveis usadas, através do teste de Levene, foi utilizado o teste post-hoc GT2 de Hochberg, quando homogêneas, dada a desigualdade da quantidade de sujeitos em cada um dos grupos estudados (Field, 2009)."

(na ausência do mesmo) (Glover-Fator 2), e a dependência física apresentada (Fargeström) (cf. quadro 4). O tempo de ex-fumador correlaciona-se moderadamente e positivamente com esta componente. No que respeita à componente física da qualidade de vida, as variáveis que se correlacionam moderadamente e negativamente com esta componente são o tempo de fumador, o hábito e ritual de fumar, os comportamentos associados ao hábito e a dependência física apresentada, verificando-se também uma correlação moderada e positiva entre esta componente e o tempo de ex-fumador (cf. quadro 4).

Ainda relativo ao hábito tabágico, e em função do género, observaram-se diferenças significativas relativas ao tempo de fumador dos ex-fumadores ($t_{(38.29)}=3.650$, $p=.001$) e à quantidade de tabaco fumada por estes ($t_{(32.09)}=3.494$, $p=.001$). Os homens parecem ter fumado por um período de tempo mais longo ($M=234.68$, $DP=146.36$), comparativamente às mulheres ($M=112.23$, $DP=89.74$), relatando igualmente uma quantidade fumada (cigarro) maior diariamente ($M=21.23$, $DP=15.91$), em comparação ao género oposto ($M=9.58$, $DP=6.56$).

3.4. Análise de sintomatologia intestinal e extraintestinal por patologia DC e CU

Analizou-se a distribuição das manifestações intestinais e extraintestinais das variáveis para dos diferentes tipos de diagnóstico. Realizamos o teste qui-quadrado para a independência, de modo a averiguar a relação entre o diagnóstico de DC ou CU e outras variáveis como os sintomas, tendo-se explicitado apenas aqueles que se apresentavam significativos. Verificamos, assim, que existe uma maior prevalência da falta de apetite, febre e vômitos nos participantes com DC, sendo que a presença de pus/sangue/muco nas fezes é uma manifestação intestinal mais presente em participantes com CU (cf. quadro 5).

Quadro 5 – Resultados comparativos dos sintomas intestinais e extraintestinais nas amostras com DC e CU

Sintomas	Tipo de doença				Teste qui-quadrado χ^2	Asymp. Sig. (2-sided)	Phi de Pearson Φ	Approx. Sig. (2-sided)
	Doença de Crohn		Colite Ulcerosa					
	N	%	N	%				
Falta de apetite	129	100	72	100	χ^2 1=4.329	.037*	.147	.037*
Sim	49	38.0	17	23.6				
Não	80	62.0	55	76.4				
Febre	129	100	72	100	χ^2 1=4.879	.027*	.156	.027*
Sim	21	16.3	4	5.6				
Não	108	83.7	68	94.4				

Presença de pus/sangue/muco nas fezes	129	100	72	100	$\chi^2=53.07$.000***	-.514	.000***
<i>Sim</i>	42	32.6	62	86.1				
<i>Não</i>	87	67.4	10	13.9				
Vômitos	129	100	72	100	$\chi^2=8.813$.003**	.209	.003**
<i>Sim</i>	38	29.5	8	11.1				
<i>Não</i>	91	70.5	64	88.9				

* Nível de significância igual ou inferior a $p=0.05$; ** Nível de significância igual ou inferior a $p=0.01$;

*** Nível de significância igual ou inferior a $p=0.001$.

3.5. Modelo preditor do variável resultado – Qualidade de vida

Como já havia sido mencionado anteriormente, o objetivo primordial da presente investigação é compreender qual o contributo das variáveis independentes, como as sociodemográficas/clínicas (tabagismos e índices clínicos), o *stress* percebido, a depressão, na variável dependente qualidade de vida. Para atingir tal efeito procurámos perceber, através do teste de regressão múltipla hierárquica e de regressão múltipla *standard*, usando o método *enter*, se cada uma das variáveis estudadas assumiria um papel significativo num modelo preditor e cada uma das componentes estudadas da escala da qualidade de vida.

3.5.1. Predição da qualidade de vida na amostra geral

3.5.1.1. Predição da componente física da qualidade de vida na amostra geral

Na presente regressão, a variável género foi controlada estatisticamente no modelo 1, explicando 2% da variância dos resultados ($F_{(1,186)}=3.918$, $p=.049$) (cf. quadro 6). No modelo final (modelo 2), aquando da introdução das restantes variáveis, os resultados apontam um modelo preditor que integra o género, o número de crises, o tipo de doença, a depressão, o controlo da doença e o *stress* percebido, sendo que 46% da variância dos resultados deste componente podem ser explicados pelos resultados das variáveis independentes constituintes do modelo ($F_{(6,181)}=26.105$, $p=.000$) (cf. quadro 6).

Quadro 6 – Análise de regressão múltipla hierárquica para a componente física da qualidade de vida na amostra geral

	Modelo	β	t	Sig.	R^2 Square (R^2 Square change)
1	Género	-.144	-1.979	.049*	.021 (.021)
	Género	-.029	-.531	.596	.464 (.443)
2	Número de Crises	-.130	-2.367	.019*	
	Tipo de Doença	-.163	-2.929	.004**	
	Controlo de Doença	.428	7.337	.000***	
	Depressão	.011	.189	.851	
	Stress percebido	-.381	-6.448	.000***	

* Nível de significância igual ou inferior a $p=0.05$; ** Nível de significância igual ou inferior a $p=0.01$;

*** Nível de significância igual ou inferior a $p=0.001$.

3.5.1.2. Predição da componente mental da qualidade de vida na amostra geral

Para a componente mental, a variável género foi controlada estatisticamente no modelo 1, explicando 3% da variância dos resultados ($F_{(1,199)}=6.282, p=.013$) (cf. quadro 7). No modelo final (modelo 2), as variáveis independentes introduzidas que em conjunto indicam um modelo preditor dos resultados dos participantes são o género, o tipo de doença, o controlo da doença e o *stress* percebido, explicando 60% da variância dos resultados ($F_{(4,196)}=74.445, p=.000$) (cf. quadro 7).

Quadro 7 – Análise de regressão múltipla hierárquica para a componente mental da qualidade de vida na amostra geral

	Modelo	β	t	Sig.	R^2 Square (R^2 Square change)
1	Género	-.175	-2.506	.013*	.031 (.031)
	Género	-.038	-.829	.408	.603 (.572)
2	Tipo de Doença	-.136	-2.998	.003**	
	Controlo da doença	.256	5.327	.000***	
	Stress percebido	-.644	-13.294	.000***	

* Nível de significância igual ou inferior a $p=0.05$; ** Nível de significância igual ou inferior a $p=0.01$;

*** Nível de significância igual ou inferior a $p=0.001$.

Ressalte-se que, analisando o peso de cada uma das variáveis, averiguamos que deixa de subsistir uma contribuição estatisticamente significativa da variável *género*, sendo apenas a sua contribuição significativa quando está isolado das demais variáveis.

3.5.2. Predição da qualidade de vida na amostra com DC

3.5.2.1. Predição da componente física da qualidade de vida na amostra com DC

No que respeita à componente física na amostra com DC, as variáveis independentes que, de modo combinado, indicam um modelo preditor dos resultados dos participantes são a idade, o controlo da doença, o *stress* percebido e o número de crises, explicando 51% da variância dos resultados ($F_{(4,114)}=29.195, p=.000$) (cf. quadro 8).

Quadro 8 – *Análise de regressão múltipla para a componente física da qualidade de vida na amostra com DC*

Modelo	β	t	Sig.	R^{Square} (R^{Square} ajustado)
Idade	-.059	-.886	.378	.506 (.489)
Controlo da doença	.458	6.338	.000***	
<i>Stress</i> percebido	-.376	-5.273	.000***	
Número de crises	-.081	-1.198	.234	

*** Nível de significância igual ou inferior a $p=0.001$.

Tal como observado no modelo anterior, embora as variáveis *idade* e *número de crises* contribuam para o modelo total, não apresentam um contributo único independente na explicação do modelo.

3.5.2.2. Predição da componente mental da qualidade de vida na amostra com DC

Em relação à componente mental na amostra com DC, as variáveis independentes, que conjuntamente indicam um modelo preditor dos resultados dos participantes são o controlo da doença e o *stress* percebido, explicando 60% da variância dos resultados ($F_{(2,126)}=94.393, p=.000$) (cf. quadro 9).

Quadro 9 – *Análise de regressão múltipla para a componente mental da qualidade de vida na amostra com DC*

Modelo	β	t	Sig.	R^{Square} (R^{Square} ajustado)
Controlo da doença	.243	3.982	.000***	.600 (.593)
Stress percebido	-.648	-10.618	.000***	

*** Nível de significância igual ou inferior a $p=0.001$.

3.5.3. Predição da qualidade de vida na amostra com CU

Seguidamente apresentamos os modelos de regressão encontrados para prever a componente física e mental da qualidade de vida dos participantes com CU.

Contudo, apresente-se primeiro um teste t de *Student* para amostras independentes, entre fumadores atuais e não fumadores atuais (ex-fumador e nunca-fumador), realizado de modo a averiguar a existência de diferenças significativas entre a atividade profissional ($t_{(70)} = -2.081$, $p=.041$) e a existência de crises ($t_{(70)}=2.440$, $p=.017$) no que respeita ao hábito tabágico.³ Verificamos que no que respeita à atividade profissional, esta parece ser prevalente nos fumadores ($M=1$, $DP=0$), comparativamente ao grupo que não fuma atualmente ($M=.76$, $DP=.432$). Quanto à existência de crises, estas parecem mais recorrentes nos não fumadores ($M=.97$, $DP=.184$) do que nos fumadores ($M=.79$, $DP=.426$).

3.5.3.1. Predição da componente física da qualidade de vida na amostra com CU

Em relação à componente física na amostra com CU, as variáveis independentes que, conjuntamente, indicam um modelo preditor dos resultados dos participantes são o controlo da doença, o *stress* percebido e o número de crises explicando 40% da variância dos resultados ($F_{(3,65)}=14.511$, $p=.000$) (cf. quadro 10).

³ O teste t de *Student* para amostras independentes tem como ponto corte (*cut point*) os ex-fumadores, sendo que um primeiro grupo aglomera os participantes fumadores atualmente e outro aglomera os participantes que não fumam atualmente, ou seja, ex-fumadores e nunca-fumadores.

Quadro 10– *Análise de regressão múltipla para a componente física da qualidade de vida na amostra com CU*

Modelo	β	t	<i>Sig.</i>	R^{Square} (R^{Square} ajustado)
Controlo da doença	.373	3.741	.000***	.401 (.373)
<i>Stress</i> percebido	-.381	-3.810	.000***	
Número de crises	-.221	-2.284	.026*	

* Nível de significância igual ou inferior a $p=0.05$; *** Nível de significância igual ou inferior a $p=0.001$.

3.5.3.2. *Predição da componente mental da qualidade de vida na amostra com CU*

Em relação à componente mental na amostra com CU, as variáveis independentes que, conjuntamente, indicam um modelo preditor dos resultados dos participantes são o controlo da doença, o *stress* percebido e a intervenção cirúrgica, explicando 64% da variância dos resultados ($F_{(3,68)}=40.651, p=.000$) (cf. quadro 11).

Quadro 11 – *Análise de regressão múltipla para a componente mental da qualidade de vida na amostra com CU*

Modelo	β	t	<i>Sig.</i>	R^{Square} (R^{Square} ajustado)
Controlo da doença	.218	2.784	.007**	.642 (.626)
<i>Stress</i> percebido	-.684	-9.024	.000***	
Cirurgia	-.212	-2.791	.007**	

** Nível de significância igual ou inferior a $p=0.01$; *** Nível de significância igual ou inferior a $p=0.001$

Em modo conclusivo, refira-se que algumas das variáveis estudadas têm uma influência na qualidade de vida e nas suas diferentes componentes. Destacamos as variáveis percepção de controlo sobre a doença e o *stress* percebido como assumindo um papel importante nas componentes física e mental deste bem-estar individual, bem como do número de crises, tipologia da doença e intervenções cirúrgicas, ao nível da amostra geral e das subpatologias DC e CU.

4. Discussão de Resultados

Considerando que a investigação científica tem demonstrado que a qualidade de vida relacionada com a saúde não é apenas afetada por variáveis físicas, o interesse pelo estudo das variáveis psicológicas e ambientais em populações com doença, entre as quais a DII, tem crescido. A essência deste conhecimento é relevante para que se possa intervir de modo mais eficaz ao nível das exigências psicológicas associadas à gestão da patologia, bem como relativamente à influência que possa advir de fatores ambientais, visando sempre a melhoria da qualidade de vida relatada pelos indivíduos. Deste modo, o presente estudo propõe-se a tal objetivo, pretendendo compreender a qualidade de vida, o *stress*, o hábito tabágico e a depressão na DII, ao mesmo tempo que procura comprovar a diminuição da qualidade de vida nesta população quando em comparação com a população sem doença.

Nesse sentido, comparamos os valores obtidos nas variáveis estudadas na amostra total, com uma população geral sem doença e com outras patologias, recorrendo-se aos mesmos instrumentos no processo de apreciação.

Embarcando numa comparação com outros estudos empíricos, e confrontando os valores encontrados por nós e por outros autores, verificamos que os resultados obtidos são inferiores quando comparados com uma população saudável, tanto no domínio mental ($M=67.14$) como no domínio físico ($M=73.08$); e superiores comparativamente a uma população com doença, quer ao nível mental ($M=57.15$), quer ao nível físico ($M=55.96$) (Pais-Ribeiro, 2005). A qualidade de vida no presente estudo apresentou valores muito semelhantes aos obtidos por Amorim (2015) numa amostra portuguesa também com DII, nas duas componentes física ($M=63.99$, $DP=20.73$) e mental ($M=58.17$, $DP=23.32$), tendo-se igualmente verificado que a componente física apresenta valores superiores à componente mental. Este achado pode indiciar que a doença mesmo em remissão continua a afetar a componente mental da qualidade de vida, o que nos impele a interpretar que as exigências psicológicas inerentes à gestão de uma doença crónica, como a DII, persistem mesmo num estado de remissão da patologia, onde, por norma, há ausência de sintomatologia física e a atividade física da pessoa não se encontra limitada. Mediante a análise destas comparações, podemos confirmar a perceção de menor qualidade de vida por parte de população geral com doença, comparativamente a uma população geral isenta da condição de doença crónica.

Nos resultados obtidos para a qualidade de vida, as subpatologias DC e CU não exibem diferenças significativas em relação às componentes física e mental, com exceção da dimensão funcionamento físico, para a qual os doentes com DC apresentam valores inferiores.

No que concerne à depressão, verificamos que os indivíduos com CU apresentam índices depressivos superiores comparativamente aos que detêm DC, o que vai contra aos estudos que referem que não existem diferenças entre as subpatologias (Ananthakrishnan *et al.*, 2013) ou que evidenciam um maior nível de índices depressivos na DC ao invés da CU (Neuendorf *et al.*, 2016), em função das intervenções remediativas a que as pessoas com a patologia são submetidas (Ananthakrishnan *et al.*, 2013). Quando submetido a comparações com outras evidências empíricas, o valor obtido para a depressão na nossa amostra é superior quando equiparado a uma população saudável ($M=3.22$) (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007). Evidenciando a presença do estado depressivo, este resultado diverge quando confrontado com outras patologias, sendo ligeiramente inferior comparativamente ao cancro ($M=8.89$) e ao AVC ($M=9.18$), mas superior à epilepsia ($M=5.18$), à diabetes ($M=5.46$), à doença coronária cardíaca ($M=5.53$), à obesidade ($M=7.28$), à apneia de sono (obstrutiva) ($M=3.83$) e à distrofia miotónica ($M=7.22$) (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007). Mesmo considerando apenas os indivíduos DII, verificamos que o valor por nós obtido é superior ao obtido por Amorim (2015), numa população portuguesa ($M=5.27$, $DP=3.95$), e ao obtido por Neuendorf e colaboradores (2016) numa população norte-americana ($M=5.4$).

No que respeita às variáveis clínicas, as subpatologias DC e CU diferem quanto à necessidade de hospitalizações e intervenções cirúrgicas, que estão mais presentes nos indivíduos com DC, relativamente aos participantes com CU, resultados também sustentados por Wehkamp e colaboradores (2016).

Confrontando estes resultados, conjuntamente com o acima referido, verificamos que a condição física do indivíduo com DC, quando sujeito a um nível mais exacerbado de intervenções médicas e/ou internamentos hospitalares, considera o seu funcionamento físico como mais debilitado (Bryant *et al.*, 2011), sendo que, a nível mental, são as pessoas com CU quem exhibe estados de depressão mais frequentemente. Apesar de as subpatologias não divergirem quanto ao *stress* percebido e à qualidade de vida no geral, aferimos que estes fatores são descritos como maiores e menores, respetivamente, quando equiparados a populações saudáveis, revelando o impacto e as exigências que uma condição de doença detém na vida da pessoa com DII.

Considerando os resultados e conclusões supra apresentados e discutidos, importa perceber de que forma as variáveis estudadas se relacionam entre si e com a qualidade de vida mental e física do indivíduo com DII.

No que concerne às variáveis sociodemográficas, a idade dos participantes surge como um fator que se correlaciona com a qualidade de vida mental do indivíduo, numa relação fraca, mas positiva, que remete para que, ao longo do tempo, a pessoa com a doença perceciono o seu bem-estar mental cada vez melhor, o que se pode relacionar com as estratégias/*coping* utilizadas/o na gestão da doença na sua vida (Kershaw *et al.*, 2004; Pais-Ribeiro & Ramos, 2002).

Por outro lado, apuramos que a perceção da gravidade da doença se correlaciona negativamente, e a um nível fraco, com ambas as componentes da qualidade de vida, o que evidencia que, quanto maior a perceção da doença como sendo grave, pior será o relato do indivíduo acerca da sua qualidade de vida, aos níveis mental e físico. De facto, se a condição física se encontrar agravada, a sua perceção de gravidade aumenta na mesma proporção, pela realidade que apresenta do seu estado (Bernklev *et al.*, 2004; Casellas *et al.*, 2002). Neste sentido, e tendo em consideração os resultados, verificámos que quando a pessoa é submetida a um número maior de intervenções cirúrgicas, perceciona a sua qualidade de vida física como menor, o que vai de encontro com a perceção de gravidade e debilidade relatadas anteriormente, e com o evidenciado noutros estudos científicos (Nurmi *et al.*, 2013).

Por sua vez, quando é percecionado um maior controlo sobre a patologia, a qualidade de vida cresce na mesma proporção (Bennett, 2002). Esta relação direciona-se no sentido positivo, numa relação moderada, e induz uma interpretação em que a presença de uma representação mais realista da sua condição clínica e um reportório de estratégias adequado, impelem a pessoa num sentido de maior ajustamento à doença e são fulcrais ao processo de adaptação e gestão da mesma (Cheavens & Dreer, 2009; Edgar & Skinner, 2003).

No que concerne à relação do *stress* percebido com a qualidade de vida, esta variável psicológica relacionou-se com o domínio físico e mental, numa correlação negativa, a um nível moderado e forte, respetivamente. Empiricamente, sabe-se que o *stress* implica uma resposta do indivíduo a um estímulo externo, que compromete a relação estabelecida com o meio, a perceção e avaliação do estímulo (componente mental) e as alterações fisiológicas despoletadas (componente física) (Cheavens & Dreer, 2009; Pais-Ribeiro & Marques, 2009), causando um desequilíbrio entre as necessidades interpostas e a capacidade do indivíduo em responder e se adaptar. Quando se trata de um indivíduo que apresenta uma

condição de doença crónica, também esta padece alterações na sua manifestação, em conformidade com o as alterações do organismo que a detém. Empiricamente, postula-se que um elevado nível de *stress* pode interferir ao nível da sintomatologia física da pessoa com a doença, nomeadamente uma exacerbação sintomática clínica relacionada com a patologia, não implicando diretamente a atividade inflamatória do intestino (Targownik *et al.*, 2015). A avaliação feita pelo indivíduo sobre o carácter ameaçador do estímulo e a capacidade para lhe responder tem subjacente a perceção que o mesmo detém do seu bem-estar naquele momento, que se relaciona com a qualidade de vida mental apresentada no momento (Greene-Shortridge & Odle-Dusseau, 2009). Estas evidências vão ao encontro com os resultados obtidos na presente investigação, demonstrando a relação que o *stress* tem com a componente física, pelas alterações na manifestação sintomatológica da doença, e com a componente mental, pela disponibilidade que apresenta para lidar psicologicamente com a situação. Em função do género, o *stress* percebido aparece como um fator diferenciador entre homens e mulheres, remetendo para a existência de um nível mais elevado na esfera feminina, resultado que está em conformidade com a literatura científica, visto que as mulheres são, por norma, descritas como apresentando um nível de *stress* mais exacerbado (Graff *et al.*, 2009; Trigo *et al.*, 2010).

Confrontando os valores obtidos para esta variável mental com outros estudos empíricos, estes apresentam-se superiores, comparativamente aos valores obtidos para uma população sem doença ($M=19,96$; $DP=7,57$) (Pais-Ribeiro & Marques, 2009). Num olhar sob a literatura acerca da DII, verificamos que os resultados da nossa amostra se encontram superiores a patologias como o Lupus ($M=17.4$, $DP=4.8$) (Plagini *et al.*, 2010), e, ao mesmo tempo, inferiores quando equiparado a patologias como o cancro ($M=68.00$, $DP=12.90$) (Penedo *et al.*, 2013), de onde se depreende que o carácter crónico inerente à DII pode não ser considerado um fator tão ameaçador na vida como o cancro, podendo aqui a morte adotar um papel mais determinando no nível de *stress*. Contudo, o valor obtido para a perceção do *stress* não é congruente com outros estudos que impliquem a mesma patologia. Amorim (2015) e Ribeiro (2014), em estudos realizados numa população portuguesa com DII, relatam valores superiores ($M=25.59$, $DP=6.83$; $M=37.57$, $DP=7.76$, respetivamente), aos obtidos na presente investigação. Esta disparidade de resultados em populações com a mesma patologia e nacionalidade pode advir de fatores relacionados com a amostra, como o número de participantes envolvidos e a os métodos de recolha de dados, e/ou da presença de outras doenças que se associem a esta variável psicológica e não serem consideradas método de investigação.

Resumindo, salientamos as diferenças evidenciadas em função do género, em relação à qualidade de vida. Os valores obtidos evidenciam que os indivíduos do género feminino apresentam pior qualidade de vida, em ambos os domínios, quando comparados com o género oposto, resultado que vai de encontro com o evidenciado cientificamente (Bernklev *et al.*, 2004; Casellas *et al.*, 2002; Nordin *et al.*, 2002). Refira-se ainda que as diferenças encontradas na adesão à terapêutica farmacológica, que visa o controlo da patologia, demonstram que esta parece maior para o género masculino do que para o feminino, como também sustenta Lakatos (2009).

A respeito do hábito tabágico, os resultados apontam para a existência de diferenças significativas ao nível da qualidade de vida mental, tendo em consideração o estatuto de fumador. Verificamos que, na amostra geral com DII, as melhorias se verificam sempre que este fator está ausente, notadamente, os ex-fumadores apresentam uma qualidade de vida melhor do que os nunca fumadores e fumadores, respetivamente. O *stress* percebido também aparece diferenciado de modo significativo em função do estatuto de fumador, indicando que os nunca-fumadores são quem apresenta um nível de perceção de *stress* mais exacerbado, comparativamente aos ex-fumadores. Este é um resultado inesperado para o qual não temos uma hipótese explicativa.

Observando as variáveis que inserem o tópico do tabagismo e as correlações apresentam com as componentes da qualidade de vida, a um nível moderado, verificamos que são, na sua maioria, inversas, à exceção do tempo de ex-fumador, que apresenta uma relação positiva com ambos os domínios.

Com respeito aos participantes ex-fumadores, o tempo de ex-fumador, para quem está abstinente do hábito, correlaciona-se positivamente com a qualidade de vida física, o que nos leva a concluir, que há indícios de uma melhoria da condição de saúde do indivíduo que não fuma. Relativamente aos fumadores, o número de vezes que o indivíduo deixa de fumar aparece negativamente correlacionado com a componente mental, evidenciando que quanto maior são as interrupções ao hábito, pior é a sua qualidade de vida mental, indo de encontro à sintomatologia descrita nos períodos de abstinência tabágica (Guerra, 2004; Direção-Geral de Saúde, 2007). Por seu turno, o tempo de fumador aparece relacionar-se de modo negativo com a qualidade de vida física, evidenciando que, quanto maior for a adesão da pessoa com DII ao hábito, pior será a sua qualidade de vida neste domínio. Considerando a revisão da literatura científica, sabemos que a nicotina apresenta um efeito oposto nas duas subpatologias, apresentando-se protetor na CU e prejudicial na DC (Danese *et al.*, 2004; Nunes *et al.*, 2013), apesar de deteriorar a condição biofisiológica do indivíduo pelos efeitos

adversos que causa no seu organismo. Os nossos dados indicam que a atividade profissional das pessoas com CU e fumadoras atualmente é maior comparativamente aos que não fumam (ex-fumadores e nunca-fumadores), sendo que estes últimos são quem apresentam maior frequência de crises, resultados que vão ao encontro de evidências empíricas que ostentam o efeito protetor da nicotina nas pessoas com CU (Gheorghe *et al.*, 2004; Bastida & Beltrán, 2011). Contudo, há que ressaltar o número pequeno de casos de fumadores na CU que não permitem uma sólida conclusão.

No que respeita à dependência comportamental e física do fumador, o hábito e ritual de fumar, os comportamentos associados na sua ausência, bem como a dependência à nicotina, aparecem relacionados de forma inversa com ambos os domínios da qualidade de vida, depreendendo-se que, quanto menor for dependência psicológica e física do tabaco, maior será a qualidade de vida dos indivíduos com a doença, evidência empiricamente validada (Guerra, 2004; Guerra, Queirós, Torres, Vieira, Branco & Garret, 2008). De onde se depreende que parece existir melhorias ao longo do tempo, ao nível do domínio mental e físico, que se pode dever mecanismos de desabitação do organismo (Benowitz, 2008).

Sabemos que, sintomatologicamente, as subpatologias DC e CU apresentam uma gama de sintomas extraintestinais em comum (Branco, 2008). Todavia, quando se trata da sintomatologia intestinal são evidenciadas diferenças significativas (Akšamija *et al.*, 2016; Branco, 2008; Orchard *et al.*, 2011; Wehkamp *et al.*, 2016). No capítulo anterior, foi-nos possível verificar que a febre, a falta de apetite, a presença de pus/sangue/muco e vômitos são, entre muitos, os que parecem marcar a diferenças entre a DC e CU. Os resultados obtidos apelam para uma maior prevalência da falta de apetite, febre e vômitos nos participantes com DC, sendo que a presença de pus/sangue/muco nas fezes é uma manifestação intestinal mais presente em participantes com CU, indo ao encontro do evidenciado empiricamente (Akšamija *et al.*, 2016; Branco, 2008; Wehkamp *et al.*, 2016). Saliente-se ainda que a gravidade dos sintomas aparece relacionada com a extensão da doença apresentada, na CU, enquanto que na DC a evolução clínica está subordinada à localização das lesões e ao padrão de evolução do processo inflamatório (Friedman & Blumberg, 2008).

Considerando estas conclusões, importa compreender se essas mesmas variáveis concebiam um modelo preditor dos resultados da qualidade de vida, tendo em consideração as suas componentes mental e física, na amostra geral e subpatologias da DII.

Verificamos que a perceção de controlo sobre a doença e o *stress* percebido, em conjunto, são únicas as variáveis introduzidas que desempenham um papel

significativamente forte em ambos os domínios da qualidade de vida, tanto na amostra geral, como nas subpatologias DC e CU. Na amostra geral, o número de crises, a tipologia da doença e as duas variáveis anteriormente mencionadas, em conjunto, participam significativamente na predição do domínio físico da qualidade de vida; sendo o domínio mental deste constructo predito significativamente apenas pela perceção de controlo, *stress* percebido e tipologia da doença, como é possível aferir no capítulo anterior. Empiricamente, sabemos que existe um efeito da perceção de controlo sobre a avaliação subjetiva do estado de saúde e da dor física, mesmo que não se verifique um estado grave da condição clínica; todavia, esta perceção de controlo fica diminuída quando a pessoa com a doença se apresenta mais refratária ao tratamento farmacológico e se encontra num estado debilitado fisicamente, a nível inflamatório e/ou sintomatológico (Goldring *et al.*, 2002). Posto isto, ainda se pode depreender que a satisfação e a perceção que o indivíduo relata acerca da sua condição clínica, bem como do impacto do tratamento em si, está relacionado com a qualidade de vida do mesmo (Haapamäki *et al.*, 2009). Postula-se que exista um nível de *stress* exacerbado quando a pessoa com a doença perceciona os seus recursos como insuficientes para gerir e controlar a sua situação (Polman *et al.*, 2010), sendo, neste sentido, importante considerar a influência advinda das representações de doença que o indivíduo apresenta, crenças e esquemas que este considera como fundamental na gestão da sua condição e que baseiam em experiências passadas.

De ressaltar que, a nível sociodemográfico, o género, quando isolado das demais variáveis, detém um papel importante na predição da qualidade de vida, tanto física como mental, na amostra geral com DII. No presente estudo, já foi possível verificar que as diferenças encontradas ao nível do género indicam que os participantes do género feminino são quem detém uma qualidade de vida menor, em ambos os domínios físico e mental, quando comparados com o género oposto, resultado que corrobora o evidenciado noutros estudos científicos (Bernklev *et al.*, 2004; Casellas *et al.*, 2002; Nordin *et al.*, 2002).

Quando analisamos o papel preditor das variáveis em função da tipologia da DII, verificamos que, nas pessoas com DC, a perceção de controlo e do nível de *stress* predizem de forma significativa a sua qualidade de vida, em ambos os domínios. No que concerne às pessoas com CU, para além do papel significativo da perceção de controlo e de *stress* na qualidade de vida, verificamos que o número de crises, no domínio físico, e a necessidade de intervenções cirúrgicas, no domínio mental, desempenham um papel importante na qualidade de vida do indivíduo. Na qualidade de vida física, um menor número de crises,

mostrou-se ainda relacionado com o facto de ser fumador constatando-se o papel protetor da nicotina sugerido na literatura na CU (Bastida & Beltrán, 2011).

A criação destes modelos preditores mostra-se relevante, visto que possibilita apurar se a associação significativa, em termos estatísticos, que a qualidade de vida relacionada com saúde apresenta com as variáveis em estudo, se mantém quando se trata de as avaliar conjuntamente com outras variáveis, assinalando os fatores que serão importantes alvos de atenção na prática clínica e de investigação.

5. Conclusão

De uma forma geral, a investigação realizada na presente dissertação corrobora a influência que as variáveis psicológicas, como o *stress* percebido e a depressão; as variáveis clínicas, como a sintomatologia inerente à condição de doença; e os fatores ambientais, como o tabagismo, têm na qualidade de vida das pessoas com DII. Possibilitando este conhecimento, permitiu-nos aferir que esta doença crónica tem um impacto ao nível da qualidade de vida, enquanto avaliação subjetiva que o sujeito faz da doença no seu estado de saúde, quando comparado com uma população isenta da condição de doença.

Os modelos preditores, testados quer para a amostra geral com DII quer para as subpatologias CU e DC, demonstram a influência da perceção de controlo sobre a doença e o *stress* percebido, como as únicas variáveis comuns a todos os modelos apresentados preditores das duas componentes da qualidade de vida. Adicionalmente, observamos variações nas outras variáveis introduzidas especificamente quer para a dimensão mental ou física, nas amostras geral, com DC ou CU. Esses resultados são importantes para a intervenção dirigida.

Um dos objetivos práticos da intervenção psicológica nas pessoas com doença crónica prevê uma melhor adaptação à nova situação vivenciada e a promoção da sua qualidade de vida, sendo as constatações supramencionadas importantes fontes de informação para os profissionais de saúde direcionarem a sua intervenção na população com a doença. Disponibilizar este conhecimento numa população onde este grupo nosológico ainda é pouco estudado, revela ser um dos pontos a favor da presente investigação. Ainda que as variáveis como o *stress* percebido e a depressão sejam frequentemente relatadas nos estudos empíricos com indivíduos com DII, o tabagismo aparece como um fator inovador a nível nacional, visto que ainda não incidiu em muitos estudos com populações portuguesas. No que concerne a esta última variável, observamos que os fumadores com CU têm menos crises e maior prevalência de atividade laboral. Além disso, constatamos que o número de crises foi uma variável preditora com um contributo significativo ao modelo de qualidade de vida física na CU.

No entanto, apesar de o número de participantes incluídos na amostra, no geral, ser superior ao encontrado na maioria dos estudos, o reduzido número de fumadores e ex-fumadores não possibilitou uma maior exploração dos resultados, sendo, por isso, importante realizar mais estudos nacionais que visem o estudo da influencia deste fator ambiental no

indivíduo com DII, tendo em consideração o tipo DC ou CU. A recolha de dados, efetuada de modo transversal, não permite concluir acerca do processo de adaptação à doença dos participantes, da mesma maneira que também não foi possível aferir acerca das variáveis psicológicas analisadas e da sua presença aquando do diagnóstico ou surgimento em consequência do mesmo.

Futuramente, importa incluir a presença de uma amostra de controlo, de modo a existir uma comparação com uma população saudável, avaliada sob o mesmo método de estudo que a amostra com doença. O estudo longitudinal também seria interessante para clarificar o processo de adaptação do indivíduo à doença e a gestão da mesma. Além do mais, seria essencial e interessante averiguar qual o papel de associações de apoio, como a Associação Portuguesa de Doença Inflamatória Intestinal, na adaptação à doença, comparando com o apoio prestado em unidades de saúde, como hospitais e centro de saúde.

6. Referências Bibliográficas

- Akšamija, G., Rašić, I., Sarajlić, L., Mulabdić, A., & Akšamija, L. (2016). Comparison of postoperative complications and factors affecting the surgical treatment of inflammatory bowel diseases. *Medical Journal*, 22(2), 73-76.
- Ananthakrishnan, A.N.; Gainer, V.S.; Cai, T.; Perez, R.G; Cheng, S.; Churchill, S.; &... (2013). Similar Risk of Depression and Anxiety Following Surgery or Hospitalization for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis. *The American Journal of gastroenterology*, 108, 594-601. doi: 10.1038/ajg.2012.471
- Amorim, R. (2015). *A influência da personalidade na qualidade de vida relacionada com a saúde na doença inflamatória intestinal*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto. Portugal.
- Bastida, G., & Beltrán, B. (2011). Ulcerative colitis in smokers, non-smokers and ex-smokers. *World Journal Of Gastroenterology: WJG*, 17(22), 2740-2747. doi:10.3748/wjg.v17.i22.2740
- Bannaga, A. S., & Selinger, C. P. (2015). Inflammatory bowel disease and anxiety: links, risks, and challenges faced. *Clinical & Experimental Gastroenterology*, 8,111-117. doi:10.2147/CEG.S57982
- Bennett, P. (2002). *Introdução à psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Benowitz, N. L. (2008). Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. *American Journal of Medicine*, 121(4), 3-10. doi: 10.1016/j.amjmed.2008.01.015.
- Bernklev, T., Jahnsen, J., Aadland, E., Sauar, J., Schulz, T., Lygren, I., & ... Moum, B. (2004). Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease five years after the initial diagnosis. *Scandinavian Journal Of Gastroenterology*, 39(4), 365-373. doi:10.1080/00365520310008386

- Branco, C. (2008). *Alexitimia, qualidade de vida, ansiedade e depressão na doença inflamatória intestinal*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto. Portugal.
- Bryant, R. V., Van Langenberg, D. R., Holtmann, G. J., & Andrews, J. M. (2011). Functional gastrointestinal disorders in inflammatory bowel disease: Impact on quality of life and psychological status. *Journal Of Gastroenterology & Hepatology*, 26(5), 916-923. doi:10.1111/j.1440-1746.2011.06624.x
- Cabral, P. (2014). *O tabaco e a doença inflamatória intestinal*. Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. Portugal.
- Cardoso, R.M. (1999). *O stress na profissão docente: como prevenir como manejar*. Porto: Porto Editora.
- Casellas, F., López-Vivancos, J., Casado, A., & Malagelada, J. (2002). Factors affecting health related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*, 11(8), 775-781.
- Cheavens, J. S. & Dreer, L. E. (2009). Coping. In Lopez, S. J. (Ed.), *The Encyclopedia of Positive Psychology* (pp. 232-238). Wiley-Blackwell
- Coelho, M.I.D. (2010). *Qualidade de Vida e Doença Inflamatória Intestinal: Avaliação de um grupo de doentes na consulta de doença inflamatória intestinal do centro hospitalar Cova da Beira*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior. Portugal
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cosnes, J. (2004). Tobacco and IBD: relevance in the understanding of disease mechanisms and clinical practice. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* ; 18, 481-496.
- Cravo, M. (2010). *Nutrição na Doença Inflamatória Intestinal (DII)*. In Cravo, M.; Guerreiro, C. e Chakall (2010). *Alimentação & Doença Inflamatória Intestinal*. MSD. Lisboa

- Danese, S., Sans, M., & Fiocchi, C. (2004). Inflammatory bowel disease: the role of environmental factors. *Autoimmunity Reviews*, 3(5), 394-400. doi:10.1016/j.autrev.2004.03.002
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijper, R., & van Middelburg, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372, 246–255.
- Direcção-Geral de Saúde (2007). *Cessação Tabágica: programa-tipo de actuação*. Gradiva – Publicações, S. A.
- Edgar, K.A., Skinner, T.C., (2003). Illness representations and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (7), 485-493.
- Falvo, D. (2005). *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability* (3rd. Edition). Canada: Jones & Barlett Learning.
- Ferreira, P. L.; Quintal, C.; Lopes, I. & Taveira, N. (2009). Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27 (2), 37-55.
- Field, A. (2009). *Descobrimos a estatística usando o SPSS* (2nd ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Fiest, K. M., Bernstein, C. N., Walker, J. R., Graff, L. A., Hitchon, C. A., Peschken, C. A., & ... Marrie, R. A. (2016). *Systematic review of interventions for depression and anxiety in persons with inflammatory bowel disease*. BMC Research Notes, 91-7. doi:10.1186/s13104-016-2204-2
- Filipović, B., Filipović, B., Kerkez, M., Milinić, N., & Randelović, T. (2007). Depression and anxiety levels in therapy-naive patients with inflammatory bowel disease and cancer of the colon. *World Journal Of Gastroenterology: WJG*, 13(3), 438-443.
- Filipovic, B. R., & Filipovic, B. F. (2014). Psychiatric comorbidity in the treatment of patients with inflammatory bowel disease. *World Journal Of Gastroenterology: WJG*, 20(13), 3552-3563. doi:10.3748/wjg.v20.i13.3552

- Finnie, I.A., Campbell B.J., Taylor B.A., Milton J.D., Sadek S.K., Yu L.G. & Rhodes J.M. (1996). Stimulation of colonic mucin synthesis by corticosteroids and nicotine. *Clin Sci (Lond)*; 91, 359-364.
- Friedman, S. & Blumberg, R. (2008). Inflammatory bowel disease. In Fauci, A., Braunwald, E., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J. & Loscalzo, J. (eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (17.^a ed., cap. 289). New York: McGraw-Hill.
- Gheorghe, C.; Pascu, O.; Gheorghe, L.; Iacob, R.; Dumitru, E.; Tantau, M.; & ... (2004). Epidemiology of inflammatory bowel disease in adults who refer to gastroenterology care in Romania: a multicentre study. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 16 (11), 1153-9.
- Góis, H.I.C. (2008). *Impacto do Estilo de Vida e Psicopatologia na Doença Inflamatória Intestinal*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto. Portugal.
- Goldring, A., Taylor, S., Kemeny, M., & Anton, P. (2002). Impact of health beliefs, quality of life, and the physician-patient relationship on the treatment intentions of inflammatory bowel disease patients. *Health Psychology*, 21(3), 219-228.
- Graff, L. A., Walker, J. R., Clara, I., Lix, L., Miller, N., Rogala, L., & ... Bernstein, C. N. (2009). Stress coping, distress, and health perceptions in inflammatory bowel disease and community controls. *The American Journal Of Gastroenterology*, 104(12), 2959-2969. doi:10.1038/ajg.2009.529
- Greene-Shortridge, T. M., & Odle-Dusseau, H. N. (2009). *Quality of Life*. In Lopez, S. J. (Ed.), *The Encyclopedia of Positive Psychology* (pp. 817-821). Wiley-Blackwell
- Guerra, M. P. (2004). A abstenção tabágica: Reflexões sobre a recaída. *Análise Psicológica*, 3(22): 507-518.
- Guerra, M. P.; Queirós, C.; Torres, S; Vieira, F.; Branco, C. & Garret, S. A. (2008). O consumo de tabaco numa instituição universitária: Prevalência e características do fumador. *Análise Psicológica*, 2 (26): 209-226.
- Guyatt, G. H., Ferrans, C. E., Halyard, M. Y., Revicki, D. A., Symonds, T. L., Varricchio, C. G., & ... Alonso, J. (2007). Exploration of the value of health-related quality-of-

- life information from clinical research and into clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 82(10), 1229-1239.
- Haapamäki, J., Turunen, U., Roine, R. P., Färkkilä, M. A., & Arkkila, P. T. (2009). Impact of demographic factors, medication and symptoms on disease-specific quality of life in inflammatory bowel disease. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*, 18(8), 961-969. doi:10.1007/s11136-009-9514-y
- Hanauer, S. (2006). Inflammatory bowel disease: Epidemiology, pathogenesis, and therapeutic opportunities. *Inflammatory Bowel Disease*, 12, S3-S9.
- Heatherton, T.F.; Kozlowski, L.T.; Frecker, R.C. & Fagerström, KO. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Jäghult, S., Saboonchi, F., Johansson, U., Wredling, R., & Kapraali, M. (2011). Identifying predictors of low health-related quality of life among patients with inflammatory bowel disease: comparison between Crohn's disease and ulcerative colitis with disease duration. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(11/12), 1578-1587. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03614.x
- Jelsness-Jørgensen, L., Bernklev, T., Henriksen, M., Torp, R., & Moum, B. A. (2011). Chronic fatigue is associated with impaired health-related quality of life in inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 33(1), 106-114. doi:10.1111/j.1365-2036.2010.04498.x
- Jordan, C. (2011). Stress and inflammatory bowel disease: Encouraging adaptive coping in patients. *Gastrointestinal Nursing*, 8 (10), 28-33.
- Karlinger, K., Györke, T., Makö, E., Mester, A., & Tarján, Z. (2000). The epidemiology and the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *European Journal Of Radiology*, 35(3), 154-167.
- Keefer, L., Keshavarzian, A. & Mutlu, E. (2008). "Reconsidering the methodology of "stress" research in inflammatory bowel disease," *Journal of Crohn's and Colitis*, 2 (3), 193– 201.

- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., & Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology & Health*, 19(2), 139-155.
- Khor, B., Gardet, A. & Xavier, R.J. (2011). Genetics and pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Nature*, 474, 307–17.
- Lakatos, P. L. (2009). Prevalence, predictors, and clinical consequences of medical adherence in IBD: how to improve it?. *World Journal Of Gastroenterology: WJG*, 15(34), 4234-4239. doi:10.3748/wjg.15.4234
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Loftus, E. J. (2004). Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*, 126(6), 1504-1517.
- Longo, D. L., Kasper, D. L., Jameson, J. L., Fauci, A. S., Hauser, SL, Loscalzo, J. & *Harrison's Principles of Internal Medicine*. (18th edition). USA: McGraw-Hill Companies.
- Magro, F., Peixe, B., Monteiro, E., Portela, F., Cremers, I., ...& Caldeira, P. (2007). *Terapêutica Farmacológica na Doença Inflamatória Intestinal. Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal*. GED II. Medisa – Edições e Divulgações Científicas, Lda
- Magro, F., Portela, F., Vieira, A.I., Vieira, A.M., Madureira, A.J., ... & Costa, T. B. (2008). *Doença Inflamatória Intestinal. Tópicos de relevância clínica*. Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal: GED II. Medisa – Edições e Divulgações Científicas, Lda.
- Magro, F., Portela, F., Lago, P., Ramos de Deus, J., Vieira, A., Peixe, P., & ... da Costa-Pereira, A. (2009). Crohn's disease in a southern European country: Montreal classification and clinical activity. *Inflammatory Bowel Diseases*, 15(9), 1343-1350. doi:10.1002/ibd.20901
- Massarrat, S. (2008) Smoking and gut. *Archives of Iranian Medicine* 11 (3), 293– 305.

- Mawdsley, J. E., & Rampton, D. S. (2005). Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut*, 54(10), 1481-1491. doi: 10.1136/gut.2005.064261
- Mawdsley, J. E., & Rampton, D. S. (2006). The role of psychological stress in inflammatory bowel disease. *Neuroimmunomodulation*, 13(5-6), 327-336. doi: 10.1159/000104861
- Maunder, R. G., & Levenstein, S. (2008). The role of stress in the development and clinical course of inflammatory bowel disease: epidemiological evidence. *Current Molecular Medicine*, 8(4), 247-252.
- Maunder, R. G., Greenberg, G. R., Hunter, J. J., Lancee, W. J., Steinhart, A. H., & Silverberg, M. S. (2006). Psychobiological subtypes of ulcerative colitis: pANCA status moderates the relationship between disease activity and psychological distress. *The American Journal Of Gastroenterology*, 101(11), 2546-2551. doi: 10.1111/j.1572-0241.2006.00798.x
- Mitchell A.; Guyatt, G.; Singer, J.; Irvine, EJ.; Goodacre, R.; Tompkins, C.; Williams, N.; Wagner, F. (1988). Quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 10, 306-310.
- Neuendorf, R., Harding, A., Stello, N., Hanes, D., & Wahbeh, H. (2016). Depression and anxiety in patients with Inflammatory Bowel Disease: A systematic review. *Journal Of Psychosomatic Research*, 8770-80. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.06.001
- Nunes, T., Etchevers, M. J., Domènech, E., García-Sánchez, V., Ber, Y., Peñalva, M., & ... Panés, J. (2013). Smoking does influence disease behaviour and impacts the need for therapy in Crohn's disease in the biologic era. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 38(7), 752-760. doi:10.1111/apt.12440
- Nurmi, E., Haapamäki, J., Paavilainen, E., Rantanen, A., Hillilä, M., & Arkkila, P. (2013). The burden of inflammatory bowel disease on health care utilization and quality of life. *Scandinavian Journal Of Gastroenterology*, 48(1), 51-57. doi:10.3109/00365521.2012.685750
- Nordin, K., Pählman, L., Larsson, K., Sundberg-Hjelm, M., & Lööf, L. (2002). Health-related quality of life and psychological distress in a population-based sample of

- Swedish patients with inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal Of Gastroenterology*, 37(4), 450-457.
- Orchard, T. R., Goldin, R. D., Tekkis, P. P. & Williams, H. RT. (2011). *Inflammatory Bowel Disease : An Atlas of Investigation and Management*. Oxford: Clinical Pub.
- Pacheco, S. (2008). Stress e Mecanismos de Coping nos Estudantes de Enfermagem. *Referência: Revista Científica Da Unidade De Investigação Em Ciências Da Saúde: Domínio De Enfermagem*, 2(7), 89-95.
- Pais-Ribeiro, J. (2005). *O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde: SF-36*. Oeiras: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2ª edição). Coimbra. Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Feirreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.
- Pais-Ribeiro, J. & Marques, T. (2009). A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stresse. *Psicologia, saúde & doenças*, 10 (2), 237-248
- Palagini, L.; Mauri1, M.; Faraguna, U.; Carli, L.; Tani, C.; Dell’Osso, L.; & ... (2016). Insomnia symptoms, perceived stress and coping strategies in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 25, 988-996. doi: 10.1177/0961203316631630
- Penedo, F., Benedict, C., Zhou, E., Rasheed, M., Traeger, L., Kava, B., & Antoni, M. (2013). Association of Stress Management Skills and Perceived Stress with Physical and Emotional Well-Being Among Advanced Prostrate Cancer Survivors Following Androgen Deprivation Treatment. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings*, 20(1), 25-32. doi:10.1007/s10880-012-9308-1
- Polman, R., Borkoles, E., & Nicholls, A. R. (2010). Type D personality, stress, and symptoms of burnout: The influence of avoidance coping and social support. *British Journal of Health Psycholgy*, 15(3), 681-696. DOI: 10.1348/135910709X479069.
- Prasko, J., Jelenova, D., & Mihal, V. (2010). Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. *Biomedical*

Papers Of The Medical Faculty Of The University Palacký, Olomouc, Czechoslovakia, 154(4), 307-314.

Pullan, R.D. (1996). Colonic mucus, smoking and ulcerative colitis. *Annals of the Royal College of Surgeons of England, 78, 85-91.*

Ribeiro, I. D. (2014). *Adaptação à doença inflamatória intestinal: a influência do stress, sentido de vida e coping na qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto. Portugal.

Rocha, V.; Guerra, M.P.; Lemos, M.S. & Glover, E.D. (2014). Validation of the Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire for the Portuguese Population: A Psychometric Process. *American Journal of Health Behavior, 38 (6), 801-806.*

Rosenfeld, G. & Bressler, B. (2012). The truth about cigarette smoking and the risk of inflammatory bowel disease. *The American Journal Of Gastroenterology, 107(9), 1407-1408.* doi:10.1038/ajg.2012.190

Sajadinejad, M. S., Asgari, K. K., Molavi, H. H., Kalantari, M. M., & Adibi, P. P. (2012). Psychological Issues in Inflammatory Bowel Disease: Na Overview. *Gastroenterology Research & Practice, 1-11.* doi:10.1155/2012/106502

Scaldaferri, F., Fiocchi, C. (2007). Inflammatory bowel disease: progress and current concepts of etiopathogenesis. *Journal of Digestive Diseases, 8, 171-8.*

Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2006). Contributo para a adaptação da Hospital Anxiety and Depression Scale à população portuguesa com doença crónica. *Psychologica, 41, 193-204.*

Snaith, R. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes, 1(29), 1-4.*

Straub, R., Dhabhar, F., Bijlsma, J., & Cutolo, M. (2005). How psychological stress via hormones and nerve fibers may exacerbate rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism, 52(1), 16-26.* doi: 10.1002/art.20747

Szigethy, E., Levy-Warren, A., Whitton, S., Bousvaros, A., Gauvreau, K., Leichtner, A. M., & Beardslee, W. R. (2004). Depressive symptoms and inflammatory bowel disease

in children and adolescents: a cross-sectional study. *Journal Of Pediatric Gastroenterology And Nutrition*, 39(4), 395-403.

Targownik, L.E.; Sexton, K.A.; Bernstein, M.T.; Beatie, B.; Sargent, M.; Walker, J.R.; et al. (2015). *American Journal of Gastroenterology*, 110, 1001-1012. doi: 10.1038/ajg.2015.147

Trigo, M.; Canudo, N.; Branco, F. & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, 53, 353-378.

Yamamoto, T. & Toshiaki, W. (2014). Surgery for luminal Crohn's disease. *World Journal Gastroenterology*, 20(1):78-90.

Zonderman, J., & Vender, R. (2000). *Understanding Crohn Disease and Ulcerative Colitis*. University Press of Mississippi.

Wehkamp, J., Götz, M., Herrlinger, K., Steurer, W., & Stange, E. F. (2016). Inflammatory Bowel Disease. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(5), 72-82. doi:10.3238/arztebl.2016.0072

Woodward, S.; Dibley, L.; Coombes, S.; Bellamy, A.; Clark, C.; Czuber-Dochan ... (2016). Identifying disease-specific distress in patients with inflammatory bowel disease. *British Journal of Nursing*, 25 (12), 649-660.

World Health Organization (1997). *WHOQOL Measuring Quality of life*. Extraído de http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Anexos

Anexo 1

Parecer da Comissão de Ética



COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER (dossiê com Refº 4-9/2015)

A Comissão de Ética (CE) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, tendo analisado os documentos relativos ao projeto de investigação de Joana Filipa de Castro Pais, sob a orientação da Professora Marina Prista Guerra, intitulado "Doença inflamatória intestinal: influência do tabagismo e stress na qualidade de vida do doente", emite um parecer favorável à sua realização.

FPCEUP, 1 de outubro de 2015

A Presidente,

Prof.ª Marianne Lacomblez

Anexo 2

Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado (Versão Online)

“Doença Inflamatória Intestinal: influência do tabagismo e stress na qualidade de vida do doente”

Eu fui informado de que o projeto de investigação acima referido se destina a analisar a influência de variáveis ambientais e psicológicas, como a presença ou ausência do hábito tabágico, de *stress* e de índices depressivos, ao nível da qualidade de vida das pessoas portadoras de Doença Inflamatória Intestinal. Sei que a participação neste projeto de investigação demorará cerca de 45 minutos. Também tenho conhecimento que está prevista a realização de vários questionários, sendo que me foi explicado em que consiste cada um deles e me dada a oportunidade de esclarecer qualquer dúvida que me surgisse.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste projeto de investigação são confidenciais e que será mantido o anonimato. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no projeto de investigação, sem qualquer tipo de penalização.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico garantindo o anonimato.

Aceito colaborar no projeto de investigação? (indicada como questão inicial do questionário online)

Sim

☐

Não

☐

Data: ____/____/____ (obtida através do programa “*LimeSurvey*®”)